FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

224

Année 1905 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Mars 1905, à 1 heure

PAR

J. PAYENNEVILLE

DE LA FACULTÉ DE PARIS

ANCIEN INTERNE LAURÉAT DES HOPITAUX DE ROUEN

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN (MÉDAILLE D'ARGENT)

MÉDAILLE D'OR (Prix Pillore 1902)

LA LANGUE PLICATURÉE

SYMÉTRIQUE CONGÉNITALE

DITE « LANGUE SCROTALE »

PRÉSIDENT : M. **GAUCHER**, Professeur.

JUGES : MM. **BLANCHARD**, Professeur.
BRISSAUD, Professeur.
CLAUDE, Agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12

(Anciennement 36, rue Serpente)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. BERGER. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY.	DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.
BALTHAZARD.	DESGREZ	LEGRY.	RENON.
BEZANÇON.	DUPRE.	LEGUEU.	RICHAUD.
BRANCA.	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, chef des trav. anat.
BRINDEAU.	FAURE.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BROCA(André).	GOSSET.	MAILLARD.	THIROLOIX.
CARNOT.	GOUGET.	MARION.	VAQUEZ.
CLAUDE.	GUIART.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
CUNEO.	JEANSELME.	MERY.	
	LABBE.	MORESTIN.	
	LANGLOIS.	POTOCKI.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE DERMATOLOGIQUE
DE LA FACULTÉ DE PARIS
MÉDECIN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DE MES VÉNÉRÉS PARENTS

A MES FRÈRES

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Guidé, moins par le respect de la tradition, que par un sentiment de vive reconnaissance, nous inscrivons à la première page de cette thèse inaugurale le nom de nos maîtres.

Nous débutions il y a neuf ans sous les auspices du professeur Cerné à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Par ses sages conseils il dirigea nos premiers pas, il a depuis continué à nous témoigner beaucoup de sympathie, nous l'en remercions sincèrement.

Le Docteur Brumore, directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen, fut toujours pour nous un maître dévoué nous ne saurions oublier sa sollicitude et son empressement à nous instruire.

Nous avons une grande dette de reconnaissance à acquitter envers le professeur Olivier dont nous fûmes l'interne à deux reprises différentes et qui fit tous ses efforts pour développer en nous le sens clinique.

Pendant notre séjour à Rouen nous fûmes aussi successivement l'interne des Docteurs Bataille, Fortin, Petitclerc ; nous gardons un excellent souvenir

de nos relations avec ces maîtres qui n'ont cessé de nous faire profiter de leur expérience.

Nous nous efforcerons de mettre à profit les leçons de nos maîtres dévoués de l'Ecole de Rouen, les professeurs Tinel, François Hue, Leudet, Bataille, Jeanne, ce sera la meilleure marque de reconnaissance que nous puissions leur donner.

Nous n'oublions pas non plus que c'est au professeur Martin que nous devons nos connaissances en obstétrique.

Enfin nous tenons à remercier un grand nombre de confrères de Rouen, qui a des titres moins officiels peut-être, n'en on pas moins contribué à développer nos connaissances médicales.

Depuis que nous avons orienté dans une voie spéciale les dernières années de nos études ; nous avons été heureux de profiter des sages conseils et des leçons des maîtres si distingués de Paris.

M. le professeur Gaucher a bien voulu nous recevoir dans son service, et guider nos études dermatologiques à l'hôpital Saint-Louis. En acceptant la présidence de notre thèse il nous a donné une nouvelle preuve de sa bienveillance, qu'il nous permettre de lui exprimer nos respectueux remerciements.

Nous avons suivi avec empressement et nous suivons encore l'enseignement donné à Necker par le professeur Guyon et par ses élèves, nous leur en sommes très reconnaissant et nous tâcherons dans la suite d'en tirer tout le profit qu'il mérite.

Enfin avant de terminer cette énumération de tou-

tes nos dettes de reconnaissance, adressons nos très sincères remerciements à tous ceux qui par leurs conseils, et par les documents qu'ils nous ont communiqués, nous ont facilité la tâche dans la rédaction de notre thèse.

Nous voulons parler du professeur Fournier, des docteurs Barthélemy, Julien, Gastou, Chompret, Bernard de Paris, Horand de Lyon, Lemonnier, Jacobi de Fribourg, E. Lane de Londres, Bianchini de Ferrare, dont nous citerons souvent les noms au cours de ce travail.

Nous avons été heureux de profiter des sages et affectueux conseils que le Dr Milian a bien voulu nous donner. Il a dirigé avec bienveillance nos recherches pour ce travail dont il fut l'instigateur. Nous lui en sommes particulièrement reconnaissant.

INTRODUCTION

Nous nous proprosons d'étudier dans ce travail un état particulier de la langue qui a reçu les appellations les plus variées. Ainsi en France, *langue montagneuse* (attribuée à tort au professeur Fournier) *langue cérébrale* ou *cérébriforme*, *langue plissée*, *langue fissurale*, *langue scrotale des Lyonnais*, sont synonymes.

En Angleterre où les cas sont paraît-il assez rares, nous ne trouvons que le terme de « *cracked tongue* » langue craquelée.

En Amérique on a comparé ces langues à un morceau de viande crue. « *A peculiar condition of the tongue ressembling beefsteak* ». Cette comparaison a été adoptée également par Kaposi qui donne à cette disposition particulière de la langue le nom de : « *Fleischzungen* » qui signifie « *langue charnue* ».

Toutefois nous savons que les Américains croient devoir accepter à l'heure actuelle le terme de « *langue scrotale* » ainsi qu'en témoigne une observation

publiée en 1903 dans le Journal des maladies cutanée et syphilitiques de New-York.

Enfin, les Allemands se servent d'un terme assez imagé : « *Lingua plicata* ou *Faltenzunge* » qui veut dire : *langue plissée*. C'est du moins l'appellation proposée par le professeur Partsch de l'Institut dentaire de Breslau.

En présence de cette synonymie assez variée, nous avons dû choisir. Après bien des hésitations nous avions cru devoir conserver le terme de « *langue scrotale* » donné par Horand de Lyon, et qui dépeint bien exactement la disposition de la langue dans le cas qui nous occupe. Mais ayant eu l'occasion de nous entretenir de ce sujet avec le professeur Fournier, il nous en a détourné à cause de son caractère de trivialité, « *de son manque de goût* », comme diraient les Allemands. Il nous a conseillé plutôt le terme de « *langue plicaturée symétrique congénitale* ».

Cette appellation très précise et très complète, est celle que nous avons conservée pour désigner la malformation qui fera l'objet de ce travail. Toutefois, il nous arrivera souvent d'employer le terme simple de *la langue scrotale*, pour être plus bref ; aussi ne devra-t-on pas s'en étonner, et ne pas considérer ce fait comme une inconséquence de notre part. Ajoutons d'ailleurs, que c'est le terme le plus communément employé à l'heure actuelle en dermatologie.

(1) J. cutan. dis. inci. syphil. New-York 1903, XXI, page 324.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Avant d'entrer dans l'étude proprement dite de notre sujet, et malgré la pauvreté relative des documents qu'il nous a été donné de recueillir, il nous a paru indispensable de tracer rapidement l'historique de la question. Passant successivement en revue les différentes opinions émises intéressant, soit directement, soit indirectement, le sujet, nous pourrons plus facilement nous en faire une idée exacte et complète.

Et, d'abord, dans un journal anglais bien connu *The Lancet* nous retrouvons, en remontant à 1840, un article où il est parlé de deux malades porteurs d'une « *cracked tongue* ». Bien que l'auteur, le docteur Godson, paraisse décrire deux cas d'affection aiguë de la langue, l'ensemble de l'observation nous permît de supposer qu'il s'agissait peut-être de deux cas de *langue plicaturée congénitale*, compliquées de glossite aiguë secondaire à cette malformation.

Ce qui est en faveur de cette hypothèse et qui explique que l'auteur n'a pas eu la même pensée que nous, c'est que cet état congénital de la langue paraissait tout à fait inconnu à cette époque en Angleterre.

Clarke dans son ouvrage *A treatise on the disease of the tongue* paru en 1873 n'en fait même pas mention, ou du moins il paraît le confondre avec une sorte de glossite chronique.

C'est dans l'article séméiologie de la langue du Dictionnaire de Chirurgie et de Médecine publié en 1875, que Rigal nous parle le premier de la langue plicaturée comme étant une affection congénitale de la langue compatible avec un parfait état de santé. Ajoutons, d'ailleurs, qu'il ne lui donne aucune appellation spéciale et la considère comme une simple exagération des caractères normaux. Voici ce qu'il en dit : « *Il y a une légère hypertrophie géné-* « *rale de la langue, ...les papilles sont très sail-* « *lantes, très développées; de distance en distance* « *et sans aucun ordre des sillons profonds divisent* « *la muqueuse en segments inégaux.....* » (1).

Deux ans plus tard, Vidal fait mouler la langue d'un de ses malades, qui présente une disposition tout à fait typique; ainsi que nous avons pu nous en rendre compte nous-mêmes en parcourant le musée de l'hôpital St-Louis (2) où ce moulage figure avec

(1) Dictionnaire de Chirurgie et de Médecine, 1875. Art. séméiologie de la langue, p. 495.

(2) Musée de l'hôpital Saint-Louis. Vitrine des affections indéterminées, moulage, 427.

l'épithète : « *Anomalie de la langue consistant dans « une exagération congénitale des sillons normaux.* » Malheureusement il n'y a pas d'observation ni de note ayant trait à ce cas curieux. Toutefois le titre lui-même suffit à nous montrer que Vidal est tout à fait en communauté d'idées avec Rigal.

En 1883, Lemonnier dans sa thèse sur « *la glossite exfoliatrice marginée* » dit qu'il existe une disposition normale de la langue, décrite sous le nom de langue montagneuse par A. Fournier (1) et par les Lyonnais sous celui de langue scrotale. D'ailleurs, dans une de ses observations, Lemonnier parle d'une malade qui, outre de la glossite exfoliatrice, présente une langue dite scrotale typique. Disposition existant également chez la mère de cette malade et chez son grand'père maternel. Une planche publiée à la fin de son travail permît de vérifier le fait.

Un auteur anglais très connu : Butlin, dans son traité *des maladies de la langue paru en 1885*, et qui d'ailleurs devait être traduit en français par Aigre, quatre années plus tard en 1889, donne, lui aussi, une description de cet état particulier de la langue. Il le considère comme dû à la compression latérale exercée par les arcades dentaires sur une langue un peu trop grande, pour la place qui lui est affectée normalement. Toutefois il ne donne aucune dénomination à cette particularité congénitale.

(1) A. Fournier s'étonne qu'on lui attribue la paternité de cette appellation inexacte qu'il ne se souvient pas d'avoir employée.

En parcourant les publications étrangères de cette époque ayant trait aux affections de la langue. Nous découvrons sous le titre : « *A peculiar con-* « *dition of the tongue ressembling beefsteak* » (1) une longue observation du Dr Henry de Melbourne, qui parait se rapprocher de notre sujet. L'auteur qui ne peut faire de diagnostic ferme, cite le cas de trois malades porteurs de langues fissurées dans tous les sens et ayant une ressemblance frappante avec un morceau de viande crue. Quoiqu'il paraisse hésitant, cependant, l'auteur à l'air plutôt de penser qu'il s'agit d'une affection congénitale et non acquise puisqu'il dit : « *Il n'y a pas le moindre soupçon d'une* « *autre affection antérieure qui pourrait être incrimi-* « *née comme cause de cet état spécial de la langue.* « *Je crois, que ce sont là des anomalies de la sur-* « *face de la langue d'ailleurs courantes parmi* « *nous.* » Pourtant certains passages de la communication du Docteur Henry permettent de supposer qu'il devait dans ces trois cas y avoir en outre une *affection secondaire* venant compliquer l'*anomalie congénitale.* Comme dans les deux cas cités au début par le journal anglais « The Lancet ».

Plusieurs articles de Maurel publiées dans la Gazette médicale de Toulouse en 1890 et traitant des affections de la langue passent sous silence la langue plicaturée dite scrotale, nous les citons pour mémoire.

(1) *Austral med. Journ.* Melbourne 1887 May. « A péculiar condition of the tongue ressembling beefsteak » by Louis Henry.

Il faut arriver en 1892 au *Traité des maladies de la peau*, DE BROCQ, pour trouver une véritable description de la *langue dite scrotale* comme disposition *congénitale* (1). Il note une hypertrophie papillaire très accusée dans ces cas, et ajoute avoir observé chez des individus porteurs de cette langue, la desquammation marginée aberrante, autrement dit la glossite exfoliatrice marginée. Cette constatation est tout à fait d'accord avec celle déjà faite antérieurement par Lemonnier dans sa thèse.

La même année *à la Société Viennoise de Dermatologie* une discussion s'élève entre plusieurs praticiens au sujet d'un cas douteux. Il s'agissait d'un malade présenté comme porteur d'une *langue dite géographique, par* LE PROFESSEUR PASCHIKIS. Le Professeur LANG pensait qu'il y avait lieu de considérer le cas comme un de ces exemples d'anomalies linguales dans lesquelles la langue, trop grande pour tenir dans les arcades dentaires, se plisse. Le professeur KAPOSI en faisait plutôt une *langue congénitale charnue :* « FLEISCHZUNGEN » (2).

Nous croyons que ce devait être en effet un cas de langue plissée, « lingua plicita » analogue, pour ne pas dire tout à fait identique à ceux que nous appelons en France *langue scrotale.*

A l'occasion de la même communication, le Professeur ERHMANN ajouta qu'il observait dans ce cas le

---

(1) Traité des maladies de la peau, Brocq, 1892, pages 388 et 401.
(2) Annales de dermatologie et de syphiligraphie, année 1892, page 1903. (*Revue des sociétés savantes*).

même état que dans le cerveau ou la surface seule serait hypertrophiée pour pouvoir former des plis. Cette comparaison a été depuis reprise dans la suite, et mettant de côté l'idée particulière d'hypertrophie de la muqueuse seule, nous verrons que certains auteurs ont préféré le terme de « *cérébriforme* » a celui de *scrotale*.

Dans une autre publication étrangère contenant un certain nombre de photographies ayant trait à la stomatologie et publiée à Breslau ; nous trouvons deux reproductions de ce que l'auteur le professeur Partsch appelle « *lingua plicata* » ou plutôt « *Faltenzunge* » (1). Une note annexée à ces photographies donne une description sommaire de cet état de la langue, que l'auteur considère comme une anomalie, et non une maladie. « *Je propose le terme « de Faltenzunge, dit-il, car l'expression de lingua « dissecta employée occasionnellement dans la litté- « rature allemande rappelle trop la glossite disse- « cans avec laquelle cette anomalie de la langue n'a « rien à faire ; d'un autre côté l'expression française « langue scrotale manque légèrement de goût, bien « qu'en réalité les sillons avec leur rayonnement « secondaire rappellent beaucoup l'aspect du scro- « tum.* »

Disons en passant que si l'expression de langue scrotale est un peu dénuée de goût et un peu tri-

(1) Stereoscopischer Medicinisher Atlas (Neisser) 9e livraison planches IC et C. Communication du Professeur C. Partsch, (Institut dentaire de Breslau), 1896.

viale elle rend pourtant un compte très exact de cette disposition si particulière de la langue.

Mais revenons un peu aux publications françaises. En septembre 1899 Le Dr Barthélemy *de l'Infirmerie Saint-Lazare* sous le titre « *Coup d'œil sur les glossopathies* » publie dans la revue de stomatologie un article où il parle de l'association fréquente de la glossite exfoliatrice marginée, de la leucoplasie avec la langue scrotale (1). Il ne fait pas exception non plus pour les lésions de syphilis secondaire, érosions, fissures, zones dépapillées en prairie, etc., qui lorsqu'elles compliquent la langue scrotale en rendent le diagnostic si difficile. Sans compter que, dans ces cas, ajoute l'auteur, le traitement des lésions surajoutées est peu efficace ; elles disparaissent et récidivent aussitôt. Pour lui la langue scrotale serait comme un appel à toutes ces lésions. Dans sa statistique de 1892 à 1899. Il relève deux cas de glossite marginée et 2 cas de leucoplasie greffées sur des langues dites scrotales.

Nous lisons, dans la même revue, le compte-rendu d'une communication faite à la société stomatologique en décembre 1899, par le Dr Bloch, sur un cas de langue scrotale chez un jeune homme de 20 ans. La surface de sa langue étant sillonnée, sur la face dorsale, par un grand nombre de fissures disposées régulièrement, de chaque côté de la ligne mé-

(1) Revue de stomatologie, septembre 1899. « Coup d'œil sur les glos- « sopathies, sur quelques-unes de leurs formes chroniques, notamment sur la leucoplasie. »

diane. Cette malformation congénitale nous dit le Dr Bloch a toujours inquiété sa mère qui l'attribuait à l'habitude qu'avait l'enfant de se mordiller la langue.

Il est certain que c'est d'un nouveau cas de langue scrotale dont il s'agit. D'ailleurs, un court aperçu du Dr Chompret (1), à l'occasion de cette présentation, le prouve suffisamment. Il essaye en effet, de classer les différents cas de langues crevassées qu'il a eu l'occasion de voir pendant ces dernières années ; voici sa classification.

Il y a d'abord, des langues sur lesquelles *un seul sillon* médian existe, plus ou moins accentué. Il y en a d'autres, secondement, qui présentent un certain nombre de *sillons latéraux ramifiés*, comme les nervures d'une feuille. Enfin, lorsque les sillons s'entrecroisent plus ou moins régulièrement, et que leurs bords sont arrondis, on se trouve en présence d'une forme congénitale, nous dit l'auteur qui a reçu le nom de « *langue scrotale* » C'est le type du malade qui est présenté. Ces distinctions paraissent un peu superficielles et nous pensons qu'en somme il ne s'agit là que d'une seule et même malformation présentant des modalités variant un peu avec les sujets, et surtout des différences de degrés. Le Dr Chompret ajoute que l'étiologie est encore obscure, et qu'il ne cherche pas à résoudre le problème, il rappelle seulement que pour les Anglais il y aurait là une langue hypertrophiée à l'origine et

(1) Revue de stomatologie, janvier 1900, page 81, séance du 18 décembre 1989. « Langue fissurale ».

plissée secondairement par tassement entre les arcades dentaires.

Nous empruntons encore à la revue de stomatologie quelques notions nouvelles (1). A la séance du 20 Novembre 1899 de la société, Le Dr Rodier présente un malade qui offre un cas curieux de langue dite scrotale. A cette occasion le Dr Cruet énonce que ce sont des observations très rares et que le nom de « *langue scrotale* » n'indique que la forme extérieure que revêt la langue sans en laisser entrevoir la cause.

Le Dr Barthélemy essaye à son tour de donner une réponse qui pourrait éclairer un peu la pathogénie, et en présentant le moulage d'une des malades dont il a parlé dans une réunion antérieure, il se demande si l'on ne pourrait pas considérer *la langue papillaire* comme un premier stade, et la langue scrotale comme un stade plus avancé d'une même malformation. Il propose de faire rentrer la langue scrotale dans les « *langues dites parasyphilitiques* ».

Sans entrer dans une étude approfondie de la question, Bénard a fait un petit article dans la pratique dermatologique sur *la langue scrotale*. Il choisit plutôt le terme de langue plissée, bien que dans le courant de l'article, il emploie aussi les autres termes.

Nous retrouvons, dans son article, l'hypothèse pathogénique allemande et anglaise du plissement

(1) *Revue de stomatologie*. Janvier 1900 page 37. Compte rendu de la séance du 20 Novembre 1899.

de la muqueuse hypertrophiée, joint à cela quelques bons caractères de la langue dite scrotale, en particulier sa fréquence dans certaines familles et races, son association fréquente à l'hypertrophie papillaire sans laquelle on ne la rencontre pour ainsi dire jamais, une prédisposition manifeste aux inflammations aiguës ou chroniques. Nous avons pu demander quelques renseignements plus précis au Dr Bénard (1) qui nous a affirmé en outre avoir rencontré assez souvent cette malformation et presque toujours associée à d'autres, ou existant chez des individus « tarés ».

Une année se passe sans que nous puissions trouver d'autres renseignements dans la littérature médicale sur notre sujet, mais la question est remise à l'ordre du jour d'une façon tout à fait précise en 1902 par le professeur Gaucher (2) et le Dr Milian, alors chef de clinique dans son service. Ils présentaient en effet à la société de dermatologie une malade entachée d'hérédosyphilis et ayant une langue scrotale typique. Après avoir recherché avec soin chez cette malade, les causes de cette dystrophie linguale, il leur sembla légitime d'incriminer l'hérédosyphilis comme principale coupable. A l'appui, ils citaient un cas analogue qu'il leur avait été donné

(1) Pratique dermatologique, tome II page 975. Article « *langue* » Bénard.

(2) Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Décembre 1902, page 1145.

« Langue scrotale chez une hérédo-syphilitique. Professeur Gaucher et Docteur Milian.

d'observer chez une autre malade sans stigmate d'hérédo, mais enfant d'un père syphilitique. Cette communication donna lieu à une discussion entre d'une part le Professeur Fournier et le Dr Barthélémy, qui paraissaient plutôt portés à admettre l'étiologie de l'hérédo-syphilis du moins dans le cas actuel, et d'autre part les Drs Thibierge, Brocq, Leredde qui se refusaient à l'admettre. Nous verrons quand nous étudierons les causes de la langue plicaturée, dite scrotale, ce qu'il faut penser de ces opinions différentes, et quelle est notre opinion personnelle sur ce sujet.

En Juillet 1903, dans un journal Américain, notre attention est attirée par une communication du Dr Newborn de New-York à la société de dermatologie de cette ville sur : « *a case of scrotal tongue with wandering rash* » D'après la discussion à laquelle prennent part les Drs Piffard, Johnston, Fordyce, E. L. Keyes, il s'agit bien d'une langue dite scrotale congénitale chez un individu indemne de syphilis tant acquise qu'héréditaire. A cette malformation linguale est associée de la glossite exfoliatrice marginée ce que l'auteur appelle « *wandering rash* ». Ainsi se vérifie une fois de plus l'assertion de la thèse de Lemonnier (1).

La *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* au mois d'Août de la même année, donne un compte rendu très intéressant,

(1) *Journal of cutan. dis. mil. syph.* New-York mai 1903 « a case of scrotal tongue with wandering rash ».

d'une présentation de malade, faite par le Dr Hasler, Il s'agit d'un cas de macroglossie avec langue scrotale chez un dégénéré, dont la mentalité laisse à désirer. A ce propos le Dr Friche ajoute, que « *ces cas de langue scrotale sans être très rares ne* « *sont pas très fréquents cependant, et ne s'accom-* « *pagnent d'aucun phénomène attirant l'attention* « *des individus qui en sont porteurs et l'ignorent* « *souvent* (1). »

A la même époque, nous trouvons dans la *nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* (2) une longue observation sur un cas de tératomorphisme congénital de la langue recueillie par le Dr Bianchini : « *L'intérêt du cas qui va être l'objet de* « *notre communication dépend à notre avis de son* « *absolue nouveauté. En effet, il nous a été impossi-* « *ble d'en retrouver un pareil parmi les Index* « (Schmidt's Jarhbucher) *depuis 1870. Il faut ajouter,* « *d'ailleurs, que nous n'avons pas pu consulter entre* « *autres les* « archives de Virchow Hirsch » *ni* « *le classique traité de Orth, ni la* Tératologie « de Taruffi ».

Or à cette publication est jointe une photographie, qui s'il pouvait y avoir des doutes dans la description, les léverait immédiatement, et nous

---

(1) Macroglossie avec langue scrotale. Dr Hasler. *Gazette hebdomadaire des sciences méd.* Bordeaux 9 Août 1903.

(2) « *Langue cérébriforme chez un aliéné épileptique* » Dr Marco Lévi Bianchini Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière juillet août 1903.

permet d'affirmer qu'il s'agit bien d'un cas de langue dite scrotate congénitale. Nous nous étonnons que le Dr Bianchini considère ce fait comme tout à fait rare et curieux, et qu'il n'ait pu en trouver d'autres exemples dans la littérature médicale. Il est vrai que l'auteur reconnaît lui-même qu'il n'a pu consulter tous les ouvrages capables de le renseigner. Pour notre part en effet, nous avons pu recueillir un certain nombre de documents et d'observations, qui prouvent qu'en France du moins les cas de *langue scrotale* ne sont pas si extraordinaires de rareté. L'auteur termine en émettant une hypothèse sur la pathogénie de cette malformation. Nous nous réservons de l'étudier de plus près un peu plus loin. Notons en passant que le malade dont il s'agit dans ce cas est un dégénéré épileptique.

Nous nous sommes efforcé de recueillir un grand nombre d'avis de dermatologistes modernes tant en France qu'à l'étranger, et à ce propos nous devons les remercier de l'empressement avec lequel ils nous ont répondu. Monsieur le professeur Fournier voit dans cet état particulier une malformation congénitale de la langue d'une rareté relative, et d'un intérêt tout particulier, surtout au point de vue du diagnostic différentiel avec les lésions syphititiques. Mais il n'a pu nous fixer en aucune façon, sur la pathogénie et l'étiologie de cette malformation. Le professeur Gaucher, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, et avec lequel à

plusieurs reprises nous avons eu l'occasion de nous entretenir de notre sujet, n'est pas affirmatif. Toutefois, il est très porté, et sa communication de décembre 1902 en fait foi, à voir dans la langue scrotale une dystrophie d'origine hérédo-syphilitique.

Les Drs Barthélemy et Jullien *de l'Infirmerie de St-Lazare* nous ont communiqué plusieurs observations et nous ont fait connaître leur opinion. Pour le premier, il s'agirait d'une dystrophie et non d'une manifestation proprement dite de syphilis héréditaire. Pour le second ce ne serait qu'une malformation de cause et de mécanisme inconnu.

Enfin les Drs Chompret et Gastou, qui ont très aimablement mis à notre disposition un certain nombre de documents intéressants, pensent qu'il ne faut pas voir dans la langue dite scrotale une manifestations d'hérédo-syphilis. On retrouvera parmi les observations que nous reproduisons, celle d'un jeune homme, fils de père syphilitique, ne présentant aucun stigmate d'hérédo, et porteur d'une langue scrotale compliquée d'une affection à laquelle ils ont donné le nom de glossite épithéliale circinée pustulo miliaire. On peut d'ailleurs voir le moulage de cette langue au Musée St-Louis (1).

En parcourant l'anatomie topographique publiée récemment en 1905 par Testut et Jacob, nous avons relevé une phrase qu'il nous faut reproduire pour être complet dans cet aperçu bibliographique.

---

(1) Musée de l'hôpital St-Louis moulage 2221.

« Parfois, nous disent les auteurs, la *muqueuse lin-*
« *guale prend un aspect ridé qui lui a fait donner le*
« *nom expressif de langue scrotale* ». (2) Nous sommes de l'avis du professeur Testut et nous regrettons de n'avoir pu conserver le terme un peu trivial.

Nous avons voulu avoir l'opinion de plusieurs dermatologistes étrangers sur notre sujet : deux seulement nous ont répondu. Le professeur Jacobi, de Fribourg et le professeur Lane, de Londres.

Le premier s'exprime en ces termes. « *Il y a un*
« *an seulement qu'il nous a été donné d'en constater*
« *un cas typique chez une femme prostituée: après*
« *un examen des plus minutieux, il ne fut pas*
« *prouvé qu'il y eût des stigmates de syphilis héré-*
« *ditaire, pas plus que des symptômes de syphilis*
« *acquise.... Chez nous cette affection est assez rare.*
« *En résumé je ne sais pas du tout qu'elle est la*
« *cause première de cette difformité* ». (1).

Voici maintenant l'opinion du spécialiste anglais dont la réponse nous fut transmise par le Dr Little.
« *L'affection à laquelle vous vous intéressez n'a pas*
« *été vraiment discutée chez nous et je crois bien que*
« *dans ce sujet vous avez un terrain assez nouveau.*
« *Monsieur Lane ne connait pas même le mot ou*
« *plutôt les titres variés que vous avez recueillis.*
« *J'ai fait des enquêtes moi-même et auprès de plu-*
« *sieurs amis qui s'intéressent spécialement à la der-*

(2) Anatomie topographique Testut et Jacob 1905 tome I, page 469.
(1) Communication personnelle par correspondance décembre 1904.

« *matologie, J'ai recueilli cette impression : que la* « *condition se rencontre chez nous assez souvent* « *mais qu'elle n'a pas été bien notée. On est bien* « *assuré que ni l'héredo ni la syphilis acquise n'y* « *jouent un rôle* » (2).

Avant de terminer cet aperçu chronologique des opinions ayant trait plus ou moins directement à notre sujet, disons que le terme de *langue scrotale* est Lyonnais. Il nous a été impossible en effet de dire exactement à quelle époque il a été employé pour la première fois ; mais nous savons de source certaine quel en est le père. C'est le Dr Horand, ex-chirurgien de l'antiquaille à Lyon et chargé d'enseigner les maladies cutanées et vénériennes depuis 1869. C'est après cette date et avant 1883 qu'en remonte l'origine puisque nous le trouvons reproduit pour la première fois en 1883 dans la thèse déjà citée de Lemonnier. Le Dr Horand auquel nous avons demandé des renseignements à ce sujet nous a répondu en affirmant qu'il avait eu maintes fois l'occasion dans son cours d'attirer l'attention des élèves sur cet état particulier de la langue qu'il a dénommé *langue scrotale*. Il a ajouté : « *Cette* « *dénomination a le privilège de donner une idée* « *aussi exacte que possible de l'état de la langue* « *qui est en tout semblable à celui du scrotum* « *contracté sous l'influence du froid. Je dois vous* « *dire que cette dénomination qui est classique à*

(2) Correspondance personnelle 15 décembre 1904, Londres.

« *Lyon m'appartient réellement et personne n'a « jamais cherché à le contester* ».

Nous pouvons rassurer le Dr Horand, nous n'avons trouvé aucun renseignement bibliographique tendant à laisser supposer qu'un autre que lui réclamât la primeur de ce terme. D'ailleurs nous sommes de son avis, il rend un compte très exact de cette malformation linguale, mais malgré tout il nous a paru difficile de le conserver intégralement. Nous avons hésité comme nous le disions dans notre introduction, mais nous avons fini par accepter la remarque du professeur Fournier et par adopter l'expression plus littéraire de « LANGUE PLICATURÉE ».

Passons maintenant à l'étude proprement dite de notre sujet c'est-à-dire aux chapitres importants de la symptomatologie, des complications, du diagnostic, des causes et de la pathogénie de cette malformation linguale.

---

(1) Correspondance personnelle Horand, Lyon, décembre 1904.

CHAPITRE II

SYMPTOMES

D'une rareté relative et que l'on a certainement exagérée, cet état particulier de la face dorsale de la langue, passe très souvent inaperçu, du moins pendant un certain temps. Ce n'est presque toujours qu'à l'occasion d'une affection secondaire, ou d'une complication quelconque qu'on le découvre.

« *En général nous dit* BUTLIN, *qui, sans donner,* « *un nom à la langue scrotale la décrit cependant,* « *ceux dont la langue présente cette particularité ne* « *s'en aperçoivent pas et quand on la leur fait remar-* « *quer ils la considèrent comme une curiosité. Il* « *ajoute : seuls les hypocondriaques demandent à* « *l'art médical d'intervenir pour les en débaras-ser* ». (1). Il arrive même que certains névropathes du jour où ils se sont aperçus que leur langue ne ressemblait pas à celle des autres, sont obsédés

(1) A treatise on the diseases of the tongue. Butlin, Trad. Aigre page 61.

par cette idée et finissent par accuser une douleur assez vive au niveau des sillons. Ce qu'on pourrait appeler une variété de glossodynie. Sans vouloir être trop catégorique nous croyons que l'on peut, d'une façon générale, considérer le symptôme douleur comme devant être rejeté. Chaque fois qu'il existe, mettons à part les névropathes, c'est que la langue dite scrotale congénitale est compliquée d'une affection aiguë de la muqueuse linguale ; ce qui d'ailleurs est tout à fait en rapport avec les opinions émises jusqu'ici, considérant « *que cet* « *état d'infirmité organique constitue une pré-* « *disposition manifeste aux inflammations aiguës ou* « *chroniques de la muqueuse linguale* » (1).

Sans accuser de douleur véritable, certains individus porteurs de *langue plicaturée*, *dite scrotale*, éprouvent cependant des sensations particulières quelquefois assez désagréables. Les uns remarquent qu'ils ont de la difficulté à parler vite, d'autres ont la sensation d'avoir la langue très grosse. Rarement on constate la sensation d'inégalité, d'irrégularité de la surface linguale. Cette constatation peut paraître un peu extraordinaire au premier abord ; mais on en trouve assez vite l'explication dans ce fait que la langue étant contenue dans la cavité buccale entre les arcades dentaires, est comme tassée, et les lèvres des sillons sont accolées les unes aux autres. Ceci est tellement vrai que bien souvent des

(1) Pratique dermatologique tome II. art langue ; page 976. (Bénard).

cas de langue dite scrotale pourraient presque passer inaperçus si on se contentait d'examiner la langue dans la bouche sans prendre soin de la faire tirer et de la déplisser.

Mais en dehors de ces sensations vagues il arrive souvent que la sensibilité tactile et gustative soit exagérée, ceci est encore plus vrai, s'il y a érosion des sillons. Disons d'ailleurs que cette double sensibilité n'est jamais diminuée ni détruite. Certains malades en effet sont très sensibles aux variations de température des aliments et des boissons ainsi, une malade dont nous donnons l'observation, ne pouvait prendre ni boissons assez chaudes, ni aliments très épicés. A ce propos nous ajouterons que certains individus porteurs de langue dite scrotale sont très sensibles aux agents irritants épices, alcool, boissons gazeuses, tabac. Ce dernier chez un des malades que nous avons observé, déterminait souvent le matin une légère sensation de brûlure, surtout accentuée lorsqu'il avait fumé beaucoup la veille (observat. N° 3).

Mais ce ne sont là que des faits trop isolés et trop inconstants, pour qu'il nous soit permis de les donner comme de véritables symptômes. Aussi nous n'insisterons pas davantage et nous passons aux signes objectifs qui caractérisent vraiment « *la langue plicaturée dite scrotale.* »

Auparavant voyons d'après nos observations nombreuses de langues normales quelle est la disposition la plus habituelle de cet organe ; à ce propos nous

lisons dans une observation du Dr Bianchini que nous avons déjà eu l'occasion de citer une description normale de la langue assez juste (1).

« *La langue normale présente sur la muqueuse* « *dorsale un très léger et très étroit enfoncement cen-* « *tral longitudinal (sillon médian) qui part de la* « *première série des papillæ circumvallatæ et se* « *poursuit toujours en direction postero-antérieure* « *suivant l'axe longitudinal jusqu'à se perdre dans* « *la pointe.*

« Il ajoute : *Le sillon moyen superficiel de la mu-* « *queuse dorsale de la langue présente une profon-* « *deur tout au plus de 5/10 de millimètre. Tout le* « *reste de la surface de la langue présente un aspect* « *aplati uniforme avec de très légères rayures obli-* « *ques qui sont marquées plus ou moins exactement* « *par les papilles fongiformes ; et qui correspondent* « *surtout sur les bords extérieurs aux fibres obli-* « *quo-transverses des muscles styloglossus et hyo-* « *glossus.*

Ces plis secondaires sont certainement dûs à des dépressions interpapillaires. Car ainsi que, le fait remarquer (2) Testut dans son anatomie topographique « *la face dorsale de la langue, présente un sillon* « *médian sur lequel viennent s'implanter des rangées* « *de papilles à la façon des barbes d'une plume.* »

---

(1) Nouvelle Iconographie de la salpêtrière. Juillet-Août 1903. Langue cérébriforme chez un aliéné épileptique, Dr M. Levi Bianchini.

(2) Anatomie topographique Testut et Jacob 1905, tome premier, pages 467 à 468.

Or, entre ces rangées, il est tout naturel que la muqueuse paraîsse déprimée et donne cet aspect ridé caractéristique. Aspect plus ou moins accentué suivant les individus.

Disons de suite que bien qu'il nous ait été donné d'observer un grand nombre de langues normales, nous avons remarqué que cette apparence légèrement ridée, que ces sillons secondaires à peine accentués ne se présentaient pas dans plus de 1/10e des cas, ce qui est assez rare. Chez la plupart des individus, en effet, l'aspect de la face supérieure de la langue paraît uniforme et ce n'est qu'en regardant de plus près, que l'on constate comme un piqueté un peu plus rouge, la muqueuse est comme grenue, comme revêtue d'un *reps*, pour employer l'expression du Dr Chompret. Ce piqueté, ce reps, ne sont autre chose que l'ensemble des papilles fonigiformes et surtout filiformes. Il nous est donc permis de considérer comme une anomalie toute particulière et de décrire comme telle cet état particulier de la face dorsale de la langue parcourue par un grand nombre de sillons, d'étendue, de profondeur et d'orientation variables.

Ce qui frappe au premier abord quand on examine une langue plicaturée congénitale, dite scrotale, c'est l'aspect étalé et surtout élargi de cet organe, ce qui a fait dire qu'il y avait toujours un degré plus ou moins accentué d'hypertrophie, de macroglossie; cet aspect est encore plus exagéré si l'on fait tirer la langue, il suffit de se reporter aux photogra-

phies reproduites dans ce travail pour s'en rendre compte.

Pour notre part, il ne nous a été donné que deux fois sur vingt de constater une atrophie de la langue; et encore s'agissait-il de deux vieillards chez lesquels le degré de plicature était peu accentué. Mais, outre ce caractère, la muqueuse linguale présente une coloration différente de la normale; elle est rouge grenat, quelquefois même, surtout si les individus ont un mauvais état gastrique, elle peut se charger d'un enduit saburral épais. A ce point que dans certains cas, si on n'était pas prévenu, on croirait à l'existence d'un embarras gastrique des plus graves. « *Chez quelques personnes, écrit* Rigal, dans le « Dictionnaire de Jaccoud, *la langue offre des carac-* « *tères que l'on devrait rattacher á un état morbide,* « *si une observation attentive ne démontrait qu'il* « *s'agit d'une simple déviation du type physiolo-* « *gique et que cette apparence maladive concorde* « *avec la santé la plus parfaite* (1). »

Souvent la muqueuse linguale au lieu de présenter un aspect finement velouté, paraît hérissée d'un grand nombre de petites saillies qui ne sont autres que les papilles fongiformes et filiformes hypertrophiées; l'hypertrophie portant surtout sur ces dernières; ce qui a permis à Barthélémy, comme nous le disions dans notre aperçu historique, d'émettre l'hypothèse que la langue dite scrotale

(1) Séméiologie de la langue. Rigal. Diction. Jaccoud, page 195.

pourrait bien n'être qu'un état exagéré de la langue papillaire congénitale.

Sans entrer dans une discussion détaillée de cette théorie, nous ferons cependant remarquer que dans la langue papillaire il n'y a pas de sillons véritables, ce ne sont que des sillons factices produits par le simple écartement des papilles ; ceci est tellement vrai qu'on en peut produire autant qu'on veut et dans toutes les directions. On voit donc que ce n'est pas du tout la même chose que la langue scrotale, dans laquelle il y a de véritables sillons. Ajoutons d'ailleurs que ces deux états de la langue sont pour ainsi dire toujours associés l'un à l'autre, et il est très rare qu'on trouve une langue scrotale ne présentant pas en même temps de l'hypertrophie papillaire. Dans une note du prof. Partsch *de l'Institut dentaire de Breslau*, annexée à deux photographies de *lingua plicata*, et publiée dans l'atlas de Neisser, nous lisons en effet : « *Avec le développement extra-* « *ordinaire des papilles se présente presque toujours* « *un sillonnement considérable des muqueuses, de* « *sorte que la langue paraît comme froncée* (1). »

Nous arrivons maintenant aux véritables caractères qui constituent la langue dite scrotale, les sillons. Disons d'abord qu'on peut trouver une grande variété tant dans la disposition des sillons

(1) Stereoscopischer Medicinischer Atlas. Neisser, 1896. 9e livraison, planche I C et C.

que dans leur longueur, leur nombre, leur direction et leur profondeur.

Sans vouloir faire rentrer tous les cas dans un certain nombre de types bien tranchés disons de suite qu'il y a surtout deux variétés que l'on retrouve le plus souvent et desquelles semblent découler toutes les autres.

D'une part, le type à sillons transversaux parallèles comme les nervures d'une feuille et aboutissant au sillon médian. C'est la *lingua plicata,* la *Faltenzunge* des Allemands, ce que nous appellerons la langue à *type foliacé* (voir planche n° 1).

D'autre part, le type à sillons secondaires nombreux, au premier abord dirigés dans tous les sens mais en réalité symétriques par rapport au sillon médian toujours plus accentué, et que nous appellerons le *type cérébriforme,* à cause de sa ressemblance frappante avec le cerveau d'un petit animal (voir la planche n° 1.

Quoiqu'en apparence tout à fait distinctes l'une de l'autre, nous considérons ces deux dispositions comme solidaires, la seconde n'étant qu'un stade plus accentué de la malformation, un type plus complet. Le premier degré étant constitué à notre avis par l'exagération pure et simple du sillon médian.

Nous avons cru nécessaire ici de nous reporter un peu aux notions anatomiques pour voir combien la comparaison du Dr Horand, de Lyon, était juste. Si nous examinons en effet la disposition normale des plis du scrotum nous remarquons ceci : Lorsque sous

PLANCHE I

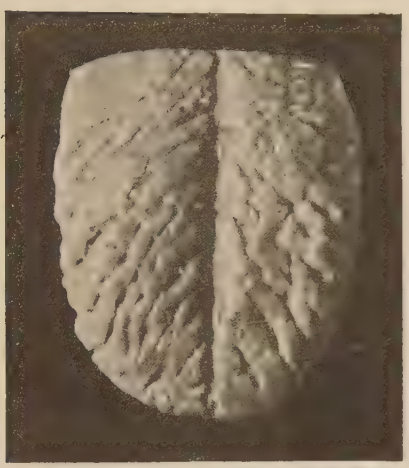

FIG. I

Langue plicaturée type foliacé ou folié

Moulage de la langue du malade, Observation N° 5

FIG. II

Langue plicaturée type cérébriforme

Reproduction d'une photographie annexée à l'observation 26

l'action d'un excitant quelconque, le plus souvent le froid, le scrotum réagit, grâce aux fibres du dartos, véritable muscle peaucier : « *Il se forme de nom-* « *breux plis où rides qui ont une direction inva-* « *riable, partis du raphé médian à la façon des* « *barbes d'une plume, ces plis cutanés, toujours plus* « *marqués sur la face antérieure que sur la face* « *postérieure, s'écartent de chaque côté en se por-* « *tant au dehors.... de façon à former une série* « *d'arcades parallèles* (1). »

Nous empruntons cette description à l'article de Pasteau dans le *Traité d'anatomie du prof.* Poirier. Nous ajouterons quelques détails que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de remarquer. Outre ces sillons longs, très marqués et parallèles, il y a un grand nombre de saillies, séparées par des sillons secondaires, coupant plus ou moins perpendiculairement les autres, et donnant au scrotum cet aspect caractéristique.

Or, ces saillies sont constituées par les bulbes pileux, qui, sous l'influence du froid en particulier, deviennent plus apparents, d'où la formation des sillons secondaires. Nous voyons donc qu'en somme le terme de scrotal est très juste et donne dans tous les cas, une idée générale de la malformation linguale dont nous parlons. Disons de suite que la comparaison s'arrête au simple aspect extérieur, puisque dans la langue scrotale qu'il y ait ou qu'il

(1) Traité d'anatomie humaine de Poirier, tome V. organes génitaux de l'homme.

n'y ait pas de contraction musculaire les plis n'en sont ni moins ni plus accentués, le mécanisme et la cause étant tout à fait différents dans ces deux cas.

Nous ne pouvons mieux faire, avant d'entrer plus avant dans la description des deux variétés de langue plicaturée, que de reproduire un passage d'un article de la *Revue de stomatologie* où le Dr Chompret dépeint un certain nombre de langues ainsi *fissurées et crevassées* pour employer ses propres termes. Remarquons auparavant que ces termes sont impropres puisqu'il ne s'agit que de sillons et non de crevasses et de fissures (1). Voici ce qu'il dit :

« *Parfois le sillon est unique et médian et s'étend* « *sur une longueur plus grande, tantôt les bords* « *sont taillés à pic, tantôt ils sont accolés; et lors-* « *qu'on vient à les écarter on trouve une profondeur* « *qui varie de 1 mm. à 1/2 centimètre, un fond* « *dépourvu de toute papille....*

« *Parfois les sillons sont multiples et répandus* « *sur toute la surface de la langue. Dans quelques* « *cas ils sont parallèles. Mais plus souvent ils* « *affectent une forme foliée, les sillons secondaires* « *prenant naissance à droite et à gauche du sillon* « *médian comme les nervures d'une feuille, c'est ce* « *qu'on appelle la lingua plicata.*

« *Enfin, lorsque les sillons s'entrecroisent d'une*

(1) Revue de stomatologie. Janvier 1900, page 18, compte rendu de la séance du 18 décembre 1899 de la Société de stomatologie.

« *façon plus ou moins régulière et que les bords sont*
« *arrondis on se trouve en présence d'une forme*
« *ordinairement congénitale qui a reçu le nom de*
« *langue scrotale.* »

L'auteur donne encore la description d'une quatrième catégorie de langues, mais qui ne saurait rentrer dans notre cadre.

Nous acceptons cette division des variétés avec cette réserve importante seulement, c'est que dans tous les cas il s'agit bien de malformations linguales congénitales, et que de plus le terme de scrotal pour nous et pour beaucoup d'autres ne doit pas seulement être réservé a la dernière variété mais appliqué à tous les cas de « langue plicaturée congénitale ».

Nous ajouterons encore quelques petites remarques à la description du Dr Chompret. Prenons d'abord le premier type, celui que nous avons dénommé, foliacé ou folié, bien qu'au premier abord les sillons semblent partir du sillon médian central ; en réalité ils prennent naissance aux bords de la langue. On pourra s'en rendre un compte exact sur les planches n° 1 et n° 3, qui sont la reproduction de deux cas observés par nous et dont nous relatons les observations. Quelques-uns de ces sillons atteignent presque complètement le sillon médian, beaucoup s'arrêtent à une certaine distance, les bords de la langue présentent en effet un aspect déchiqueté caractéristique.

Les sillons parallèles peuvent être plus ou moins profonds.

A ce propos ne pas se fier aux apparences, telle langue paraît au premier coup d'œil à peine sillonnée, et en réalité l'est très profondément.

Aussi recommandons-nous d'avoir toujours soin de bien faire tirer la langue et de la déplisser avec une compresse. C'est, en effet, la première chose à faire quand on se trouve en présence d'une langue plicaturée dite scrotale.

Sans compter que ce procédé nous apprend encore autre chose, il nous permet en même temps de voir si les bords sont taillés à pic ou arrondis, et quel est l'état de la muqueuse au fond des sillons.

Ceux-ci peuvent varier de nombre, il peut y en avoir beaucoup ou au contraire seulement trois ou quatre comme dans le cas que nous a communiqué le Prof. Fournier et comme dans notre *observation* n° 7).

Nous retrouvons plus ou moins complètement la forme foliée que nous venons de décrire dans un grand nombre des observations relevées à la fin de ce travail en particulier (*les observ. n° 1, 2, 3, 4, 5, 17).*

Passons maintenant à l'autre disposition, aussi fréquente que la précédente et à laquelle nous avons donné le nom de *cérébriforme.*

Comme nous le disions plus haut bien que dans ces cas les sillons paraissent orientés dans tous les sens, en réalité il n'en est rien.

En effet si on examine la langue de plus près et

surtout si l'on a soin de la déplisser on voit qu'il y a toujours un sillon médian plus accusé et des sillons secondaires symétriques. Ce qui donne cet aspect irrégulier, c'est d'abord que le sillon médian est coupé en plusieurs endroits par les sillons secondaires et que de plus les sillons secondaires sont beaucoup plus sinueux que ne l'étaient les mêmes sillons dans le premier type folié.

Il existe au *Musée* de l'hôpital Saint-Louis (1) un moulage de Vidal qui rend un compte parfait de cette variété.

Entre ces deux types bien nets il y a une multitude de cas intermédiaires se rapprochant davantage tantôt du premier tantôt du second, mais on peut dire que d'une façon générale cette division est légitime et offre un cadre suffisamment large pour y faire rentrer tous les cas.

Inutile d'ajouter que dans la dernière variété les sillons sont beaucoup plus nombreux. Il faut cependant insister sur quelques détails. D'abord les sillons qui paraissent très courts sont au contraire assez longs mais très sinueux ce qui fait qu'on se croit en présence d'une multitude de petits sillons.

Secondement les sillons sont en général beaucoup moins profonds que dans la disposition précédente et leurs bords au lieu d'être taillés à pic sont plus souvent arrondis et mousses. Enfin l'hypertrophie papillaire est beaucoup moins accentuée que dans

(1) Musée de l'hôpital Saint-Louis. Vitrine des affections indéterminées, moulage n° 427.

le type folié. (*Moulage 427 Saint-Louis et observation n° 6*).

Nous en aurions fini avec la symptomatologie de la *langue plicaturée congénitale dite scrotale*, si nous ne croyons devoir insister encore sur deux caractères importants que nous retrouverons en étudiant le diagnostic, nous voulons dire la symétrie des sillons et le peu d'humidité de la muqueuse. Nous avons dit, en effet, en énumérant les différents signes objectifs de la langue dite scrotale, que les sillons étaient disposés avec une certaine symétrie cela est tout à fait vrai, et il suffit de déplisser avec soin la muqueuse pour s'en rendre compte.

En outre, comme nous le disait *le professeur* Fournier : « *La langue plicaturée symétrique est une langue essentiellement sèche* ». Et toutes les fois qu'il y a exagération de la salivation ou humidité anormale de la muqueuse linguale c'est que sur la malformation proprement dite se sont greffées secondairement des lésions de glossite ou de stomatite. Ce sera encore la une notion très utile à connaître pour établir un diagnostic différentiel.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS

Sans vouloir considérer ce que nous classions plutôt au rang des symptômes, à savoir l'hypertrophie papillaire, et le léger degré de macroglossie, comme de véritables complications, nous allons de suite passer en revue les véritables affections secondaires le plus habituellement surajoutées à la langue dite scrotale.

A ce propos citons une remarque de Bénard : « *Sans constituer par eux-mêmes un état patholo-* « *gique, les sillons (de la langue scrotale) consti-* « *tuent une prédisposition manifeste aux inflam-* « *mations aiguës ou chroniques de la muqueuse* « *linguale. Les liquides organiques et les substan-* « *ces alimentaires en séjournant dans leurs cavités* « *deviennent un milieu éminemment favorable à la* « *pullulation des germes infectieux qui entretien-* « *nent sur la muqueuse linguale un état irritatif* « *que* Besnier *compare à une sorte d'intertrigo et* « *qui peut jouer un rôle important dans la patho-* « *génie linguale* (1). »

(1) Pratique dermatologique, article « Langue », t. II, p. 976.

On comprend naturellement que la langue si affectionnée par la syphilis, la leucoplasie, le cancer et un certain nombre d'autres infections, le soit encore d'avantage lorsqu'elle présente un terrain de moindre résistance à ces envahissements pathologiques. Nous devons toutefois établir une certaine distinction entre toutes les complications qui se rencontrent ; tenant surtout compte de leur fréquence et de leur gravité.

Nous devrions alors étudier tout d'abord la glossite ex-foliatrice marginée ; les manifestations secondaires et tertiaires de la syphilis, la leucoplasie et le cancer. Mais, nous avons préféré, à cause de leur importance, les réserver pour la fin.

D'une façon générale, on pourrait dire que toutes les affections linguales sont susceptibles de compliquer la langue dite scrotale ; mais, pour être précis et exact, nous nous bornerons à étudier celles qui ont été le plus souvent observées et constatées par les dermatologistes et par nous.

Voyons d'abord les glossites : sans doute les malades qui présentent cette malformation n'éprouvent aucune douleur, aucune gêne, du moins d'une façon continue. Mais il est bien rare que si on les interroge avec soin ils ne donnent pas de renseignements plus précis. Ils vous diront, en effet, que quelquefois sous l'influence d'une irritation quelconque, épices, tabac, alcool, ils ont eu la langue plus sensible et plus rouge. Ce sont là de véritables symp-

tômes de glossite légère qui, s'ils passent souvent inaperçus, n'en existent pas moins réellement.

Aussi serait-il plus vrai de dire que cette teinte rouge plus accentuée de la langue dite scrotale ne serait autre chose qu'un peu de glossite superficielle chronique. Mais les lésions peuvent ne pas s'en tenir à ce degré de bénignité, et elles peuvent aller jusqu'à l'érosion et l'ulcération des sillons sur leurs bords ou dans leur profondeur. Mais, ces derniers cas se révèlent par une douleur assez vive, une gêne dans la mastication et la parole et les malades qui pouvaient peut-être jusque-là ignorer la disposition anormale que présentait leur langue, s'en aperçoivent toujours dans ces cas. Quoiqu'il ne nous ait pas été donné de constater nous-mêmes le fait, il est néanmoins certain; plusieurs malades nous ont affirmé l'avoir éprouvé. De plus bon nombre de dermatologistes l'ont souvent remarqué.

Ce qui est plus fréquent c'est la coexistence de la glossite dentaire avec la langue plicaturée dite scrotale. En effet, quoi de plus naturel et de plus logique ; les bords de la langue déchiquetés par les sillons ne demandent qu'à s'ulcérer s'ils rencontrent une surface dentaire, inégale, saillante, recouverte de tartre. Sans compter que, comme nous le faisions remarquer au début, la langue, dans ces cas, est comme élargie et bien plus intimement en contact avec les arcades dentaires.

Nous pourrions en dire autant des stomatites d'origine soit infectieuse, soit médicamenteuse, sto-

matite mercurielle surtout. Ces affections de la cavité buccale ne sont pas sans réagir plus ou moins sur la surface linguale. Le fait a été souvent observé par le professeur Fournier chez des gens traités d'une façon intensive pour la syphilis, par des praticiens voyant à tort dans la langue scrotale un accident qu'ils appelaient « *la langue sillonnée de la vérole.* »

Nous pourrions aussi accorder une place dans cette énumération aux ulcérations banales aux aphtes, à l'herpès, à l'hydroa lingual au muguet. Mais ce ne sont là que des vues un peu théoriques qui quoique certainement justes ont le tort peut-être de ne pas s'appuyer sur des observations. D'ailleurs, comme ce sont des phénomènes très passagers, ils ont pu se présenter sans attirer l'attention des malades eux-mêmes.

Nous sommes naturellement amené aux trois complications les plus importantes dont nous parlions au bébut, pour lesquelles la langue plicaturée dite scrotale est un terrain de développement tout à fait favorable. Voyons d'abord la leucoplasie, on a beaucoup écrit sur cette affection surtout dans ses relations avec la syphilis et avec le cancer; nous n'avons pas à nous occuper de cette question. Voyons seulement ce qu'elle peut avoir de commun avec notre sujet. Là encore, c'est toujours la même loi du terrain de moindre résistance. Il ne nous a été donné que deux ou trois fois de la rencontrer, mais les témoignages d'autres observateurs viennent

compléter nos renseignements. Sur quatre cas de langue dite scrotale que le docteur Barthélemy a eu l'occasion d'observer à l'infirmerie Saint-Lazare, de 1892 à 1899 ; il l'a rencontrée deux fois associée à de la leucoplasie linguale. « *La langue scrotale*, « dit-il, *doit être considérée comme un appel à la* « *leucoplasie*, *les tissus de la langue étant atténués* « *dans leur résistance.* »

Nous ne cherchons pas à préciser la véritable cause de cette coexistence nous relatons simplement le fait.

Nous en dirons autant du lichen plan buccal, n'ayant aucune observation à l'appui nous sommes obligé de nous en rapporter au Dr Horand de Lyon qui nous affirme l'avoir rencontrée sur des langues dites scrotales.

Passons maintenant à une autre affection qu'on observe très souvent associé à la langue plicaturée. Nous voulons parler de la *glossite exfoliatrice marginée*. C'est un fait que nous avons pu vérifier par nous-même et qu'on trouve relaté dans les auteurs classiques. Le Dr Lemonnier dans son très intéressant travail sur cette affection linguale reproduit deux planches où l'on peut constater des lésions de glossite exfoliatrice sur des langues légèrement scrotales. Nous apporterons nous-mêmes un certain nombre d'observations auxquelles nous prions de se reporter pour vérifier notre assertion. (Obs. Nos 8, 9, 10, 16).

Sur cinq cas de langue dite scrotale qu'il a été

donné au Dr Lemonnier d'observer dans sa clientèle, deux étaient en même temps compliqués de glossite marginée.

Les faits de ce genre abondent déjà en 1892, Brocq dans son traité des affections de la peau écrivait : « *J'ai souvent observé la desquamation aber-* « *rante chez les individus porteurs de langue scro-* « *tale.* » (1).

Plus récemment un dermatologiste Américain (2) présentait *à la société de dermatologie de New-York* un cas de « *scrotal tongue with wandering rash* ». Or *wandering rash* » signifie certainement ici *glossite exfoliatrice marginée* ainsi que nous avons pu nous en rendre compte en lisant l'observation et la discussion du diagnostic.

Enfin le prof. Fournier lui même nous affirmait avoir souvent rencontré ces deux états associés l'un à l'autre. « *La langue plicaturée dite scrotale* « *est singulièrement affectionnée par la glossite exfo-* « *liatrice marginée* » telles sont ses propres paroles. Il nous a même a l'appui de son dire communiqué une observation. Il s'agit d'un malade porteur de langue plicaturée congénitale chez lequel depuis dix ans il y a en outre quelques lésions de glossite marginée. A cette affection est en plus associée une manifestation secondaire tardive de la syphilis, une plaque fauchée en prairie, de glossite dépapillante.

(1) Traité des maladies de la peau. Brocq. 1892 page 388.

(2) *Journ. of. cutan. incl. syph.* New York mai 1903. « A case of scrotal tongue with wandering rash. »

Nous aurons suffisamment insisté sur cette complication quand nous aurons dit qu'elle est très tenace et récidive avec une extrême facilité. Elle a d'ailleurs ce caractère de commun avec la syphilis dont nous allons étudier maintenant les manifestations sur la langue dite scrotale.

Auparavant il nous paraît intéressant de noter encore l'extrême fréquence de petites traînées blanchâtres sur la muqueuse linguale au bord des sillons et même dans leur profondeur. Il ne faut pas confondre ces lésions de nature encore indéterminée avec les plaques de glossite exfoliatrice marginée qui sont surélevées et très souvent circulaire.

Peu fréquent sur la langue scrotale, l'accident primitif peut être passé sous silence, cependant remarquons que le fait a été constaté ainsi qu'en témoigne un moulage de l'hôpital Saint-Louis (*N° 2310*).

Laissons de côté cette rareté pour insister bien davantage sur les accidents secondaires et tertiaires.

En première ligne nous trouvons les plaques muqueuses avec toutes leurs variétés, depuis la forme érosive (1) ou papulo érosive, jusqu'à la forme fissurale. « *La langue scrotale est une malformation pré-* « *disposée spécialement aux fissures et crée une* « *grosse difficulté pour le diagnostic. Ces sortes de* « *rigoles appellent les raghades spécifiques et les* « *entretiennent. J'ai même vu un malade qui fort*

(1) Musée de l'hôpital St Louis. Collection Fournier. Moulage 296. Vitrine 129.

« *ennuyé par d'incessantes repullulations au niveau* « *de ces sillons voulait absolument s'en faire débar-* « *rasser par une opération. Un chirurgien un peu* « *osé lui avait même proposé une décortication* « *partielle de la langue. Je me suis opposé à cette* « *intervention qui n'aurait amené aucune amélioration* » (1).

A cette assertion du professeur Fournier nous pourrions en joindre d'autres, en particulier celle du Dr Barthélémy, qui a constaté lui aussi le même fait chez plusieurs malades. L'un d'eux, une femme, pendant quinze ans présenta des récidives incessantes de plaques muqueuses greffées sur une langue scrotale. Le cas peut être encore plus complexe, on peut rencontrer à la fois des lésions *de glossite exfoliatrice marginée* et des *accidents spécifiques secondaires*. Témoin l'observation que nous a communiquée le professeur Fournier (Obs. n° 10).

Il s'agit d'un malade qui, outre des lésions de glossite marginée sur les bords de la langue, présente au milieu une plaque de glossite dépapillante très nette. Considérée comme un accident secondaire très tardif, ou secondo tertiaire, cette manifestation de la syphilis est très rebelle au traitement. Elle est ensuite d'autant plus visible chez les individus porteurs de langue dite scrotale, que chez eux en effet il y a également de l'hypertrophie papillaire.

Nous arrivons ainsi tout naturellement aux accidents tertiaires de la syphilis compliquant la langue

(1) Communication orale du professeur Fournier

plicaturée dite scrotale. Plus qu'une autre cette langue peut être le siège de gommes, ou de fissures surajoutées, et venant modifier son aspect. Nous en dirons autant de la glossite mamelonnée ou lobulée.

Le travail de sclérose viendra segmenter encore davantage la surface de la langue déjà toute sillonnée de rigoles ; et la coexistence de cette glossite avec la malformation linguale rendra pour ainsi dire impossible le diagnostic des caractères respectifs appartenant à l'une et à l'autre.

Nous en avons fini avec l'énumération des complications les plus fréquentes de la *langue plicaturée congénitale* pourtant il nous paraîtrait incomplet de ne pas ajouter encore deux mots. Les ulcérations tuberculeuses, si fréquentes au niveau de la langue ne sont pas exemptes de se produire dans les cas que nous étudions ; et s'il n'a pas été donné d'observer encore de localisation cancéreuse sur des langues ainsi malformées, il est très permis de supposer que cependant la chose peut se rencontrer.

Il ne faut pas néanmoins assombrir à plaisir le tableau, et effrayer ainsi tous ceux qui présentent la malformation congénitale de la langue que nous avons décrite. La preuve en est dans ces malades qui peuvent atteindre un âge assez avancé non seulement sans complications, mais en ignorant même qu'ils n'ont pas la langue semblable à celle des autres.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

La question du diagnostic est de beaucoup la plus importante et la plus intéressante. En effet, bien que la langue scrotale présente un ensemble symptomatologique assez net et pour ainsi dire presque toujours complet, les difficultés sont quelquefois assez grandes et viennent mettre en jeu la perspicacité du praticien.

A peu près inconnue du public médical cette malformation congénitale a trop souvent été prise pour un accident spécifique, « *la langue sillonnée de la vérole* » comme nous le disions plus haut. La preuve en est, nous faisait remarquer le professeur Fournier, dans le nombre de malades qui lui ont été envoyés par leur médecin comme étant atteints de syphilis, ou comme présentant une affection impossible à diagnostiquer.

« *Ce que l'on prend pour des raghades ne sont* « *que des dépressions profondes et des plis de la* « *muqueuse linguale* » (1). Cette remarque du professeur Lang, de Vienne vient encore confirmer le fait que nous avançons.

Cette méprise en apparence excusable le devient

(1) Annales de la société de dermatologie 1892, page 1903, (Revue des sociétés savantes).

moins si le praticien est prévenu de l'existence de cette malformation, et cela est surtout vrai si elle n'est associée à aucune affection linguale venant la compliquer.

Donnons de suite un bon signe qui doit servir de base au diagnostic positif. Le sujet est-il porteur depuis sa plus tendre enfance de cette dystrophie ? Que la réponse vienne du malade lui-même, comme dans la plupart des cas, ou de ses parents, comme nous le relatons dans plusieurs de nos observations peu importe. Il suffit que nous puissions être sûrs que nous sommes en face d'une malformation « *de naissance* » ou pour employer un terme plus scientifique, d'une « *dystrophie congénitale* » nous n'avons pas vu de sujets porteurs de langue scrotale acquise, et toutes les observations ou notes publiées sur ce sujet, sont d'accord avec nous.

Il y a cependant un certain nombre de dermatologistes qui ont une tendance à l'heure actuelle, à admettre que, d'une part, la langue scrotale peut être acquise, et que d'autre part, même quand elle est congénitale, elle est susceptible d'augmenter et de s'accentuer davantage. Ce ne sont que des hypothèses, en faveur desquelles nous ne pouvons pas nous prononcer, n'ayant pas assez de faits cliniques à apporter à l'appui. Jusqu'à preuve du contraire nous considérons que la langue scrotale vraie est toujours congénitale, mais, néanmoins nous croyons qu'il existe certains états acquis de la langue d'un aspect analogue à celui de la langue

scrotale vraie et pour lesquels nous soupçonnons fort la syphilis d'être en cause. Nous en connaissons plusieurs exemples. Mais reprenons l'étude du diagnostic proprement dit. A côté de ce caractère si important de la congénitalité qui en cas d'hésitation doit surtout peser dans la balance, on rencontre souvent un autre signe qui n'est pas sans importance. Certains malades nous disent en effet qu'ils ne sont pas les seuls dans leur famille à présenter cette disposition de la langue. Plusieurs de nos observations en font foi. Ce caractère familial et héréditaire a été d'ailleurs noté antérieurement par Lemonnier dans sa thèse et plus récemment par Bénard (1). Nous en avons nous-mêmes publié un cas remarquable dans les annales de dermatologie et de syphiligraphie de février 1905.

Viennent ensuite tous les signes tant subjectifs qu'objectifs; les premiers étant en général plutôt négatifs.

En effet, le sujet qui est porteur d'une langue plicaturée dite scrotale, ne ressent rien de particulier, il n'éprouve ni trouble de la gustation, ni gêne dans la mastication, à peine constate-t-il un peu de difficulté a parler très vite. Nous ajouterons même un symptôme négatif intéressant, les enfants qui présentent cette malformation peuvent quand même prendre très facilement le sein. Enfin, ordinairement sèche, la langue scrotale ne s'accompagne pas, à

(1) Bénard.— Article « Langue » In Pratique Dermatologique, tome II, 1901.

moins d'une complication, d'exagération de la salivation.

Voici un ensemble de caractères de peu d'importance sans doute mais dont il faut cependant tenir un certain compte, car ajoutés à d'autres beaucoup plus tranchés ils faciliteront le diagnostic.

Mais la question change s'il s'agit des signes objectifs. Nous sommes en présence d'une surface linguale parcourue par un certain nombre de sillons d'une longueur et d'une profondeur variables nous l'avons vu, et donnant à l'organe un aspect tout à fait typique. Ces sillons apparaissent surtout bien visiblement si l'on prend la précaution de tirer la langue et de la déplisser. Nous insistons encore sur ce détail de technique très important. En outre de ce sillonnement on constate la plupart du temps un léger degré d'élargissement, d'étalement, une saillie plus grande des papilles, enfin une couleur rougeâtre plus accentuée.

Tels sont en somme tous les caractères que l'inspection nous permet de relever, nous y ajouterons un dernier caractère qui, nous le verrons plus loin a une grosse importance, c'est l'absence de toute induration superficielle ou profonde de la langue.

Nous avons supposé jusqu'ici la question comme facile à résoudre. Mais les difficultés vont naître maintenant en nous demandant si on ne peut pas confondre cette disposition spéciale de la langue avec différents états pathologiques d'un ordre tout à fait différent. Il y a en effet un certain nombre

de cas ou s'exercera la sagacité de l'observateur, qui disons-le de suite sera obligé de tenir un grand compte des anamnestiques fournis par le sujet. Ce sont ces difficultés que nous allons successivement examiner, en nous efforçant de les faire disparaître, afin d'établir d'une façon ferme le diagnostic différentiel de *la langue plicaturée congénitale dite scrotale*.

Nous supposons que nous sommes en présence d'un homme ou d'une femme, dont la surface linguale offre un aspect anormal. Nous l'avons questionné, nous avons retrouvé la plupart des signes énumérés au début de ce chapitre, il nous reste cependant des doutes, avec quelles autres affections avons-nous à compter?

En réalité elles sont peu nombreuses et peuvent se résumer à trois : *les fissures syphilitiques secondaires* et *tertiaires*, *la glossite lobulée*, *le lhymphangiome diffus*. Prenons-les successivement et voyons quels sont les caractères distinctifs qui nous permettront de les éliminer.

Prenons d'abord les fissures : il faut auparavant remarquer que dans la langue dite scrotale il ne s'agit pas de fissures véritables mais de simples enfoncements de la muqueuse, de sillons. La confusion serait peut-être plus facile dans les cas où les sillons sont taillés à pic. Pourtant, si comme nous le disions un peu plus haut on prend bien soin d'écarter les deux bords des sillons, on constate que la muqueuse linguale s'invagine dedans, qu'elle en

tapisse toute la profondeur et surtout qu'elle n'est pas ulcérée, mais saine.

Dans la fissure véritable au contraire, il y a ulcération, la langue est comme craquée, crevassée, brusquement il y a perte de substance il y a solution de continuité dans la muqueuse. Si l'on écarte les lèvres de la fissure, on ne voit pas dans sa profondeur cette invagination très nette de la muqueuse comme nous le notions dans les sillons. Sans compter que la fissure peut être assez profonde pour atteindre la sous muqueuse et même la musculeuse.

Enfin les fissures syphilitiques sont en général disposées dans le sens de la longueur de la langue parallèles au sillon médian, sans toutefois présenter aucun caractère de symétrie. Elles sont en outre presque toujours rectilignes ou du moins très peu sinueuses.

Au contraire les sillons de la langue plicaturée sont ordinairement transversaux venant se perdre plus ou moins obliquement sur le sillon médian ; ils sont très rarement rectilignes et donnent à la surface linguale un aspect froncé caractéristique ; enfin ils sont disposés avec une certaine régularité et une certaine symétrie de chaque côté du sillon médian. C'est là un signe distinctif excellent, nous disait le Professeur Fournier en nous conseillant d'ajouter le qualificatif *symétrique* au terme de langue plicaturée.

En outre les fissures ont les bords taillés à pic

perpendiculairement, à moins de les écarter on ne saurait soupçonner toute l'étendue de la perte de substance. Les parties voisines sont ordinairement œdémateuses et indurées ce qui n'existe jamais dans la langue dite scrotale.

Mais ces fissures dont nous venons de parler sont surtout des fissures de la période tertiaire succédant à des gommes superficielles et nombreuses. Bien que Butlin ait l'air de considérer comme impossible toute confusion ; nous nous rangeons plutôt à l'avis du Professeur Fournier. Dans certains cas, nous disait-il, il est excessivement difficile de se prononcer. Nous en dirons autant des fissures de la période secondaire, *dont « il serait le plus souvent impossible d'affirmer la « spécificité, n'étaient les antécédents du malade et « les autres manifestations concomitantes* » (1), *ces « fissures en effet beaucoup plus superficielles que « les précédentes se logent dans les sillons normaux « de la langue* » qu'elle transforment « *en de vé- « ritables raghades, lesquelles s'ouvrent en bran- « ches de V par déplissement. Quelquefois elles « figurent des fissures étoilées, lorsqu'elles occupent « le point de réunion de plusieurs sillons anasto- « mosés* » (2).

Là encore il faut se rendre compte qu'il s'agit bien de fissures, c'est-à-dire d'ulcérations ; la muqueuse n'est pas seulement plissée, mais elle

(1) Fournier. Traité de la syphilis, 1903, tome I fascicule II page 485.
(2) id...

est fendillée, saignante, tandis que nous ne retrouvons pas celà dans la langue dite scrotale.

Enfin la langue plicaturée congénitale est toujours indolente et sèche tandis que la langue fissurique syphilitique est souvent assez douloureuse et s'accompagne d'une exagération plus ou moins marquée de la salivation.

En résumé quatre bons signes sont en faveur de la langue dite scrotale, et quand on les rencontre on peut presque sûrement la distinguer de la langue fissurique syphilitique ce sont: *La congénitalité*, *l'existence de sillons et non pas de fissures véritables,* la *symétrie relative* dans la disposition des sillons et enfin l'*indolence.*

Mais il ne faut pas oublier que les individus porteurs d'une langue plicaturée dite scrotale sont exposés d'une part à un grand nombre de complications, *aphtes, herpès*, *ulcérations banales* etc... et que d'autre part ils sont loin d'être exempts de contracter la syphilis et d'en présenter toutes les manifestations linguales. La question du diagnostic se complique alors terriblement.

Dans le premier cas, en effet, il faut se demander si cette langue plicaturée compliquée d'érosions, d'ulcérations superficielles d'origine quelconque n'est pas une langue syphilitique. Le Professeur Fournier dont la grande expérience en matière de syphiligraphie n'est plus à prouver nous affirme que dans ces cas les erreurs sont extrêmement faciles à faire, et très excusables. *S'il intervient, nous*

« *disait-il, une cause d'irritation quelconque, (tabac* « *chique, mauvais état dentaire, stomatite mercu-* « *rielle) ces sillons deviennent facilement érosifs et* « *le diagnostic différentiel très difficile à poser. J'ai* « *vu maintes circonstances, où des malades présen-* « *tant ces érosions au niveau des sillons étaient* « *considérées comme syphilitiques et traités comme* « *tels.* »

Dans le second cas, un diagnostic analogue en quelque sorte au précédent, est à poser. Il s'agit ici non plus de dépister la syphilis, mais de savoir si avant sa syphilis le malade avait déjà une langue dite scrotale, et de rapporter à l'une et à l'autre les faits qui leur reviennent exactement. La question est souvent délicate à trancher d'autant plus, que les lésions syphilitiques dans ces cas sont très tenaces, quelles récidivent à peine guéries, et qu'elles sont pour le malade une véritabte obsession. Comme nous le disions à propos des complications, les sillons de la langue dite scrotale appellent les *fissures* et les *rhagadès* (*Observations n° 16 et n° 16 bis*) et les entretiennent.

Nous reproduisons à ce propos un passage d'un article du Dr Barthélemy sur les *glossopathies* (1) où l'auteur après avoir reconnu la difficulté de diagnostiquer des cas de langues scrotales compliquées de glossite marginée, d'herpès, d'aphtes etc. Ajoute : « *La difficulté augmente quand la langue scrotale*

(1) Barthélemy. — « Coup d'œil sur les glossopathies ». Revue de stomatologie, septembre 1899.

« *atteinte de glossite marginée ou desquammative*
« *est en même temps le siège de multiples lésions de*
« *la période secondaire de la syphilis, érosions, fen-*
« *tes longitudinales, fissures, zones dépapillées fau-*
« *chées en prairie, plaques lisses et plaques tuméfiées*
« *suintantes ou plaques muqueuses avec des points*
« *érosifs ou ulcéreux çà et là. Toutes lésions créant*
« *de la douleur faisant saigner et saliver gênant*
« *la parole et la déglutition. En dépit de leur extrême*
« *superficialité ces lésions sont souvent redoutables*
« *car elles viennent, disparaissent et récidivent indé-*
« *finiment* ».

Nous en citons un exemple frappant dans une malade du Dr Barthélemy qui pendant quinze ans eut des récidives de plaques muqueuses. C'est encore le cas de ce malade du professeur Fournier, dont nous parlions plus haut. Ce malade obsédé par d'incessantes récidives d'accidents secondaires, en avait été amené à demander à un chirurgien le secours de son art.

Evidemment la situation exposée dans l'article du Dr Barthélemy est encore compliquée d'un troisième élément puisque outre les lésions de syphilis il y aen plus de la glossite exfoliatrice marginée. Le diagnostic est du même coup devenu très difficile.

En résumé dans l'un et l'autre cas, qu'il s'agisse d'une langue scrotale compliquée d'ulcérations, de fissures banales, avec de la glossite marginée, ou

qu'il s'agisse d'une manifestation quelconque de la syphilis venant se surajouter à cette malformation, le praticien sera fort embarrassé. Une seule chose pourra lever tous les doutes, ce sera si le malade affirme de lui-même avoir toujours eu la langue ainsi malformée, et avoir contracté secondairement la syphilis.

Il y a bien aussi l'épreuve du traitement, mais comme nous le faisions remarquer, trop souvent il est impuissant à maintenir guéries ces lésions qui récidivent aussitôt qu'on l'interrompt. Quelquefois cependant lorsque la langue scrotale est simplement compliquée d'érosions banales sur les bords des sillons, une hygiène sévère et une désinfection aussi complète que possible de la bouche amène un retour des choses à leur état normal. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi.

Mais assez insisté sur les manifestations secondaires ; voyons maintenant comment distinguer la langue *dite scrotale* de la *glossite tertiaire lobulée*. Auparavant empruntons au traité de la syphilis du professeur Fournier une énumération rapide des principaux caractères de cette localisation tertiaire.

Le phénomène le plus saillant de la glossite sclé-reuse profonde, c'est le mamelonnement et la lobulation de la face dorsale de la langue. Au lieu d'être plane et régulière, elle se présente inégale, bosselée, mamelonnée. Elle est transformée par une série de saillies voisines les unes des autres,

irrégulières de volume et de forme que sépare un réseau de sillons (1).

Ces sillons interlobulaires affectent à la surface de la langue les directions les plus diverses. Presque toujours il y a un sillon médian correspondant à la ligne médiane antéropostérieure du raphédo. Ce sillon est le principal comme étendue et comme importance. Il peut se prolonger rectiligne ou ondulé dans presque toute l'étendue de la langue. Puis de ce sillon médian partent d'autres sillons transversaux ou obliques à la façon des nervures d'une feuille qui se détachent, sous des angles divers, de la nervure principale. Enfin, d'autres sillons secondaires parcourent en tous sens et d'une façon capricieuse les parties latérales de la langue en se reliant aux précédents (2).

On peut voir d'après cette description des sillons la grande analogie qui peut exister au premier abord entre la langue dite scrotale et la glossite lobulée. Pourtant le diagnostic est, en général, facile à faire et voici pourquoi : c'est que en plus de ce sillonnement de sa face dorsale, la langue lobulée spécifique est tuméfiée, et cette tuméfaction est caractéristique. *La face supérieure de l'organe s'élève, s'exhausse dans la proportion de quelques millimètres à un demi-centimètre, rarement davantage. Souvent aussi il se produit simultanément un excès*

(1) Voir une planche à la fin des leçons sur les glossites tertiaires A. Fournier.

(2) A. Fournier. Traité de la syphilis, tome 2, fascicule I, pages 263-264.

de volume dans le sens transversal, et la langue devient alors plus large, comme étalée.

De plus, dans la glossite tertiaire lobulée, la surface linguale est indurée et indurée profondément. Elle donne au toucher une résistance de dureté véritable, on croirait, comme le dit le professeur Fournier(1), toucher une langue fibreuse, une langue en carton.

Enfin, dans ces cas la muqueuse linguale est toujours lisse, tendue, dépapillée complètement sauf en de rares endroits, où existe encore de petits îlots de papilles, apparaissant comme des saillies blanchâtres. Or, tous ces caractères de capitonnage, d'augmentation de volume, en hauteur surtout, d'induration profonde, de dépapillation de la muqueuse n'existent pour ainsi dire pas dans la langue scrotale. Chez celle-ci, en effet, la surface de la muqueuse et la langue toute entière est souple, elle se déplisse très facilement. Il n'y a rien qui ressemble à ce capitonnage, et enfin, loin de paraître lisse, unie et dépapillée, nous avons presque toujours remarqué que la langue dite scrotale était associée à un degré plus ou moins accentué d'hypertrophie papillaire.

Enfin, là encore, si à l'examen purement objectif on joint la recherche des antécédents on arrive presque toujours à découvrir d'autres accidents qui ne permettent plus de douter.

Nous ajouterons que, pour ce diagnostic comme

(1) A. Fournier. Traité de la syphilis, tome 2, fascicule I.

pour celui des fissures, le praticien a toujours à sa disposition un moyen de contrôle : l'épreuve du traitement. Disons de suite que pour arriver à un résultat il faudra avoir recours aux injections de sels solubles pour éviter aussi les accidents de stomatite qui, loin d'éclairer le diagnostic, viendraient au contraire le rendre plus obscur et plus difficile.

Avant d'aborder le dernier dianostic il nous reste à considérer l'association possible de la glossite tertiaire labulée et de langue plicaturée congénitale dite scrotale. Nous n'en avons pas eu personnellement d'exemples mais la chose ne paraît pas impossible à rencontrer. Nous pouvons affirmer que dans ces cas complexes le diagnostic de malformation linguale préexistante ne pourra être fait que si le malade dit lui-même l'avoir présentée toujours avant de prendre la syphilis. Il faut être également en garde contre une autre erreur de diagnostic plus facile à faire et qui peut se présenter plus fréquemment, nous voulons parler des états de lobulation légère, succédant à une glossite tertiaire, et persistant malgré tout traitement. Dans ces cas, en effet, on peut être embarrassé. Là encore un excellent signe réside dans l'induration et dans une sorte d'atrophie de la langue qui paraît comme ficelée. Ajoutons que si on prend la peine de questionner le malade il indiquera lui-même l'évolution de l'affection et les divers stades par lesquels elle aura passé.

Il nous a été donné personnellement de voir plu-

sieurs malades dans ce cas à la consultation de l'hôpital Saint-Louis et dans le service du prof. Gaucher, et le diagnostic a toujours été fait assez facilement.

Nous avons insisté beaucoup sur cette partie du diagnostic parce qu'elle nous a paru au point de vue pratique la plus importante de tout ce travail. Les lésions syphilitiques de la langue sont si fréquentes qu'il importe de bien les connaître pour ne pas les confondre, et pouvoir, quand elles existent, leur appliquer un traitement énergique.

Pour être tout à fait complet, nous ajouterons quelques mots sur un diagnostic beaucoup plus rare, celui du *lymphangiome de la langue*. Cette confusion avec la langue dite scrotale est fort possible, il suffit pour s'en rendre compte de voir le moulage de cette affection qui se trouve au musée Saint-Louis.

Il s'agit en effet d'un jeune homme de 23 ans, présenté par M. Tenneson à la Société de dermatologie, le 10 décembre 1898, et qui avait une langue tout à fait curieuse (1).

Augmentation générale du volume de la langue, sa surface est irrégulière, et présente un aspect granuleux dû à la présence de saillies de la grosseur d'un grain de millet environ. Ces saillies offrent une grande diversité dans leur coloration, blanchâtres, rose pâle, rouges, violacées suivant les endroits;

(1) Bulletin de la Société française de dermatologie, année 1898, page 359. Moulage 2007, vitrine 39. Musée de l'hôpital Saint-Louis.

elles forment des îlots plus ou moins volumineux séparés par des sillons montrant qu'ils ne sont autres que les sillons normaux de la langue exagérés par la production de ce lymphangiome.

Cette lésion est considérée comme congénitale, elle s'accompagne d'un certain nombre d'autres nœvi vasculaires, localisés à la lèvre inférieure, au cou, à l'hélix du pavillon de l'oreille.

D'après cet ensemble de symptômes, un seul caractère peut induire en erreur, c'est la présence de sillons. Nous n'avons vu que le moulage, mais il est certain que si ces sillons paraissaient profonds, c'était à cause des saillies nombreuses existant à la surface de la langue. En faisant tirer la langue et en essayant de la déplisser on aurait certainement pu constater leur disparition complète, ce qui est tout le contraire de ce qui se passe dans la langue plicaturée dite scrotale.

Enfin un doute aurait-il existé, il aurait été immédiatement détruit par ce fait que la surface linguale était recouverte de saillies nombreuses et de couleurs variées, ce qui ne se rencontre jamais dans la langue dite scrotale.

Nous n'avons pas cru devoir discuter le diagnostic de la langue scrotale avec la glossite décrite par Demarquay et Wunderlich. Nous ne connaissons pas, en effet, de glossite autre que la glossite tertiaire de la vérole, qui soit capable de produire cet état mamelonné, ce sillonnement de la langue. La plupart des dermatologistes auxquels nous avons

posé la question l'ont d'ailleurs résolue comme nous par la négative.

Nous admettons donc maintenant, que le diagnostic de langue plicaturée congénitale est fait ; nous savons que cette malformation présente un grand nombre de complications possibles, il nous reste à tâcher d'en indiquer la cause et la nature.

CHAPITRE V

ÉTIOLOGIE et PATHOGÉNIE

La langue dite scrotale est à peu près aussi fréquente chez l'homme que chez la femme. En effet, nous avons pu en relever trente-huit cas sur lesquels 20 fois il s'agissait de femmes et 18 fois d'hommes. Nous remarquerons que le léger degré de plus grande fréquence chez la femme se retrouve également dans la glossite exfoliatrice marginée si souvent associée à cette malformation linguale. Faut-il voir là une simple coïncidence ou au contraire une association étiologique ? Il nous est impossible de trancher la question. Nous nous contentons de noter le fait.

Non seulement congénitale, la langue plicaturée, dite scrotale, est souvent aussi familiale. Déjà dans la thèse de Lemonnier nous avions relevé le fait. Il nous parle d'une malade, présentant des lésions de glossite marginée en même temps qu'une langue légèrement scrotale, dont la mère et le grand père maternel étaient aussi porteurs de cette dystrophie linguale.

Le docteur Henry, dans la longue observation qu'il publie dans un journal médical de Melbourne (1) à propos de plusieurs cas de langue vraisemblable-plicaturée dite scrotale compliquée secondairement de glossite, relate un fait analogue : « *En visitant la famille quelques jours plus tard, j'eus l'occasion d'examiner la langue de la mère, des frères et sœurs et, à ma surprise, je trouvai que tous avaient des langues semblables. Il ajoute : je crois que ces anomalies de la langue sont courantes parmi nous* ».

C'est également l'avis du Dr Benard auquel il a certainement été donné de l'observer car nous lisons dans la pratique dermatologique. « *L'état plissé de la langue est une malformation congénitale qui semble surtout particulier à certaines familles et à certaines races.* » (2).

Enfin il nous a été donné nous-même de constater un cas curieux dont nous avons publié en détail les observations dans les annales de la société de dermatologie du mois de février. La mère vivante et trois de ses filles présentent une langue dite scrotale tout à fait typique. Cette dame nous affirme en plus que sa mère présentait également cette malformation linguale. Dans cette observation il y a encore un fait intéressant à noter c'est que sur les trois filles, deux sont jumelles. La mère a eu onze filles.

(1) Henry. — *A Peculiar condition of the tongue ressembling beefsteak.* Australian med. Journ. Melbourne, may 1887.

(2) Bénard. — in Pratique dermatologique. Paris, 1901, t. II, p. 976.

Cette constatation nous amène à une autre très importante la coexistence d'autres malformations ou tares avec cet état congénital particulier de la langue. Pour ne citer que les plus fréquentes :

1° les malformations dentaires consistant soit dans des arrêts de développement soit dans des stries, soit dans des déviations ;

2° les fissures congénitales des lèvres ;

3° les déformations osseuses, du palais, des os du nez, des membres ;

4° souvent une sorte d'état d'infériorité mentale et un arrêt de développement général. Nous ne parlerons naturellement que des cas observés par nous ou par d'autres et qu'il sera facile de retrouver dans les observations reproduites plus loin.

Nous avons aussi constaté la présence de manifestations cutanées chez des sujets porteurs d'une langue dite scrotale. En tête de toutes l'herpès, le psoriasis, l'eczéma, la séborrhée. Chez un des malades que nous avons examiné, nous avons rencontré un cas typique de kératose plantaire et palmaire symétrique congénitale, le cas d'ailleurs sera étudié en détail et publié par le professeur Gaucher et le Dr Milian dans les annales de la société de dermatologie en mars prochain.

Enfin, nous avons également noté la coexistence de la langue scrotale et de plusieurs plaques de pelade chez un jeune homme qui avait eu étant enfant des végétations adénoïdes.

Faut-il voir là de véritables associations étiologi-

ques, surtout pour l'herpès comme le veut le Dr Horand de Lyon ? Nous ne le croyons pas. Ceci nous amène naturellement à faire mention d'une hypothèse défendue par quelques dermatologistes. Sans vouloir généraliser, dans deux cas présentés à la société de dermatologie, le professeur Gaucher et le Dr Milian ont considéré cette malformation comme devant être attribuée à l'hérédo-syphilis. A ce propos une discussion s'est élevée partageant un peu les opinions ; d'une part le professeur Fournier et le Dr Barthélémy, favorables à cette hypothèse, et d'autre part le Dr Brocq et le Dr Thibierge d'avis contraire. Nous avons eu nous-même l'occasion de traiter depuis cette question d'étiologie de la langue dite scrotale avec le professeur Fournier et le Dr Barthélemy, ce dernier a été très catégorique et nous a dit formellement :

« *La langue scrotale est une tare congénitale* « *dystrophique par hérédité syphilitique, ce qui ne* « *veut pas dire par syphilis héréditaire, car alors il* « *s'agirait simplement de la langue fissuraire cura-* « *ble par le traitement. Elle ne met pas à l'abri de* « *la syphilis acquise, leurs porteurs peuvent pren-* « *dre la syphilis pour leur propre compte.* » Dans une autre communication faite par lui à la Société de stomatologie, il proposait de classer la langue dite scrotale au nombre des " *langues parasyphilitiques* ".

Nous ne pouvons entrer plus avant dans la discussion et développer les idées de réinfection possi-

ble chez des hérédo, cela nous entraînerait tout à fait en dehors de notre sujet et, d'ailleurs, les faits nombreux constatés aujourd'hui ne permettent plus d'en douter.

Si dans les deux cas présentés par le professeur Gaucher et le docteur Milian, le professeur Fournier paraissait porté à faire de la langue scrotale une dystrophie d'hérédo-syphilis. Nous avons pu depuis, comme nous le disions quelques lignes plus haut, lui demander son avis d'une façon un peu plus précise. Il nous a dit qu'il ne connaissait pas bien la cause de cette malformation linguale, mais que pour lui, il ne fallait pas voir généralement en elle une manifestation d'hérédo-syphilis.

Enfin, le professeur Jacobi, de Fribourg, auquel nous avons écrit, nous a répondu qu'il ignorait la véritable cause première de cette difformité qu'il avait d'ailleurs eu rarement l'occasion d'observer.

En présence de tant d'hésitations de la part de dermatologistes aussi distingués, il ne nous est pas permis d'être très affirmatif. Nous nous contenterons de noter ce que nous avons remarqué. Or, nous avons été frappé de la fréquence des manifestations de l'arthritisme chez les sujets présentant une langue dite scrotale. Le plus bel exemple est celui de cette famille où la mère et trois de ses filles ont une langue plicaturée, en même temps que des accidents arthritiques très nets, soit articulaires, soit viscéraux.

Nous ne croyons pas que la syphilis héréditaire

puisse donner à elle seule cette malformation linguale et nous considérons plutôt comme de simples coïncidences les 8 cas sur 38, où on a pu la retrouver dans les antécédents.

Mais nous dirons qu'à cause de l'association si fréquente de cette disposition anormale et congénitale de la langue, avec d'autres dystrophies, il s'agit sûrement là d'une marque d'hérédité pathologique. Nous serions assez porté à croire que cette hérédité n'est pas unique mais assez complexe, et que l'arthritisme, la syphilis à un degré éloigné de génération, pourraient bien y jouer un rôle assez important.

S'il ne nous est pas permis de nous prononcer sur la cause véritable de langue plicaturée dite scrotale, il nous sera difficile, pour ne pas dire impossible, d'en donner une pathogénie définitive. Là encore, nous serons tenus à beaucoup de réserve puisqu'il nous manque l'élément principal : l'examen histologique. Mais en passant rapidement en revue toutes les opinions qui ont été émises à ce sujet, nous pourrons arriver assez près du but en donnant une explication logique autant que vraisemblable.

L'auteur, le premier en date qui donne une explication de cet état particulier de la langue, est Rigal, pour lequel il s'agit d'une simple *hypertrophie congénitale* de l'organe avec *exagération des plis normaux* qui, ordinairement, sont à peine visibles.

C'est également l'avis de Vidal qui donne comme titre au moulage déposé à Saint-Louis en 1877 : *Anomalie de la langue consistant dans une exagération des plis normaux.*

Pour Butlin, qui a spécialement étudié les maladies de la langue, cet état se présente quand la langue est un peu trop grande pour la place que lui laisse les arcades dentaires. C'est la même conception que celle des auteurs précédents, complétée peut-être par cette idée de compression des arcades dentaires que les autres laissaient deviner seulement.

Pour Brocq, c'est encore une exagération très marquée des sillons normaux de la langue, telle est du moins l'opinion émise par lui en 1892 dans son traité des maladies de la peau. Il est à remarquer qu'il ne parle pas d'hypertrophie de l'organe.

La même année, nous retrouvons consignée l'opinion d'un dermatologiste viennois à l'occasion d'une présentation de malade à la Société de dermatologie de Vienne. Le professeur Lang s'exprime ainsi sur un cas de *langue plissée* (1). *On observe parfois que la langue est trop large pour tenir entre les arcades dentaires et, dans ce cas, la langue est plissée.* Dans la même séance et à l'occasion de la même malade, il ajoute : *On peut contester une hypertrophie, il s'agit, en effet, plutôt d'un plissement de la muqueuse linguale.* Il paraît donc admettre que la

(1) *Revue des Sociétés savantes, Annales de la Société de dermatologie,* 1892, page 1903.

langue plissée peut exister indépendamment de toute hypertrophie de l'organe, ce qui est en contradiction avec les idées précédentes.

Nous ne pouvons passer sous silence une comparaison assez juste faite à la même séance par le Dr Erhmann. *On observe, dit-il, ici le même état que dans le cerveau, où la surface seule doit être hypertrophiée pour pouvoir former des plis.*

Pour lui donc il n'y aurait pas hypertrophie de tout l'organe, mais simplement de la muqueuse qui serait amenée aussi à se plisser. Il faut d'ailleurs ajouter qu'il a l'air de considérer le cas de la malade présentée comme étant dû à une affection aiguë, ce qui nous paraît douteux, d'autant plus que Kaposi veut en faire un cas de *langue congénitale charnue (Fleischzungen).*

Nous ne trouvons dans l'atlas de Neisser aucune idée pathogénique, mais l'appellation de *Faltenzunge, lungua plicata* employée par le professeur Partsch nous montre qu'il considère cette manifestation également comme produite par un simple plissement de la muqueuse.

Plusieurs années après, nous retrouvons dans une communication du Dr Barthélemy à la société de stomatologie en novembre 1899, l'hypothèse émise par cet auteur que *la langue scrotale pourrait bien n'être que l'état exagéré de la langue papillaire.* Pour lui il n'y aurait pas plissement et les sillons ne seraient en quelque sorte créés que par les saillies papillaires elles-mêmes.

Enfin terminons cette énumération chronologique des hypothèses pathogéniques émises jusqu'ici par celle que nous trouvons dans l'intéressante observation publiée par un médecin italien, le docteur Bianchini, il y a deux ans (1) :

« *Quelques mots pour nous expliquer d'une façon* « *aussi vraisemblable qu'il est possible, l'ontogénie* « *de cette curiosité tératologique.*

« *Les particularités morphologiques que nous* « *avons décrites frappent essentiellement les fibres* « *longitudinales du muscle lingualis superficialis.* « *Celui-ci fait partie dans l'embryon de deux mois* « *de l'appareil hyoïdien qui dérive du deuxième arc* « *céphalique viscéral et qui donne naissance aux* « *muscles de la face. Ceux-ci comme tous les organes* « *semblables se développent d'une façon uniforme* « *dans toute leur masse, savoir aussi bien en lon-* « *gueur qu'en largeur, en réunissant étroitement* « *leurs cellules en de petits faisceaux ou fibres au* « *moyen de leur périmysia. Ceci ne s'est pas produit* « *dans le muscle que nous étudions.*

« *D'un autre côté, ils ne présente aucune lésion* « *par défaut ou par excès, mais seulement une* « *variété de disposition des fibres in toto. Nous* « *sommes donc autorisés à admettre que le muscle* « *lingualis superficialis au lieu de se développer* « *uniformément en toute sa surface, s'est développé* « *segmentairement en de gros faisceaux de fibres,*

(1) Dr Marco Lévi Bianchini : " Langue cérébriforme chez un aliéné épileptique. Nouvelle iconographie de la Salpétrière, 1903, page 252.

« *bien différencies entre eux depuis sa première*
« *apparition; et qu'en attendant la muqueuse qui se*
« *développait contemporanément a envahi les traits*
« *laissés libres et s'est fixée au fond sur les fibres*
« *transverses plus superficielles de la portion supé-*
« *rieure de l'organe. Cette séparation des faisceaux*
« *qui originairement dans l'embryon a du être*
« *imperceptible augmente progressivement avec la*
« *croissance de façon que la muqueuse put mieux*
« *et plus profondément se fixer et mettre en relief*
« *les intervalles.*

« *Il n'y a donc aucune lésion du muscle, mais un*
« *développement segmentaire longitudinal exagéré*
« *fragmenté en prévalence dans le sens de la lon-*
« *gueur, au lieu d'un développement également uni-*
« *forme dans le sens de la longueur totale.* »

Si nous résumons toutes ces hypothèses, nous nous trouvons en présence de deux seulement : hypertrophie totale ou partielle de la langue et plissement de la muqueuse, d'une part, et d'autre part développement irrégulier du muscle lingualis superficialis et insinuation de la muqueuse dans les intervalles laissés entre les fibres du muscle.

Laquelle allons-nous choisir ? Disons de suite que que nous ne donnerons notre préférence ni à l'une ni à l'autre. D'abord l'idée d'une hypertrophie linguale nous paraît devoir être abandonnée. Si elle était juste en effet, on devrait toujours trouver la langue plicaturée dans les cas de macroglossie, or ce fait ne se vérifie pas la plupart du

temps. Et si beaucoup de langues dites scrotales paraissent plus grosses, c'est que presque toujours elles sont étalées et présentent un degré plus ou moins accentué d'hypertrophie papillaire. Nous sommes d'ailleurs de l'avis des Drs Roux et Mathieu qui, dans un article sur la séméiologie de la langue, admettent que si dans certains cas la langue s'étale et conserve l'empreinte des dents contre lesquelles elle se moule, c'est qu'il y a un état particulier du muscle lingual (1).

Nous ne croyons pas devoir non plus accepter l'hypothèse du Dr Bianchini; quoique séduisante, nous la considérons comme inexacte. En effet nous ne devrions trouver des sillons que dans le sens longitudinal et parallèle au sillon médian. Or ce n'est pas le cas la plupart du temps, et si on se reporte à notre description au début de ce travail, on verra qu'au contraire la surface lingale est plus souvent parcourue par un grand nombre de plis transversaux et dirigés un peu dans tous les sens.

Comme nous le disions pour les causes, il nous manque la preuve histologique seule capable de trancher la question d'une façon nette et précise, mais pour nous voici à quelle hypothèse nous nous arrêtons :

Nous pensons qu'il s'agit dans la langue plicaturée congénitale dite scrotale, d'un défaut de parallèlisme

(1) Roux et Mathieu. — Valeur séméiologique de l'état lingual. *Gazette des hôpitaux*, 1903.

de développement entre la muqueuse linguale d'une part, et d'autre part la musculature, le lingual supérieur en particulier. Il y aurait eu à un moment donné une sorte d'arrêt dans le développement musculaire. La muqueuse continuant elle au contraire à se développer serait devenue trop grande et se serait froncée petit à petit. Cette hypothèse se rapprocherait un peu de celle du Dr Erhmann de Vienne sauf qu'elle n'incrimine pas nécessairement l'existence d'une hypertrophie primitive de la muqueuse.

Voilà l'opinion que nous avons cru devoir admettre en formulant cependant toutes les réserves que nécessite l'absence de preuves expérimentales nécessaires à toute opinion scientifique bien établie.

OBSERVATIONS

Observation I

(personnelle)

Madame X..., âgée de 54 ans, réglée à 13 ans, 11 enfants (filles) dont trois ont une langue scrotale très nette.

2 fausses couches, la première à 5 ou 6 semaines d'une grossesse méconnue s'étant produite pendant l'allaitement du précédent enfant; la deuxième à 2 mois paraît avoir été occasionnée par les fatigues de soins donnés à une enfant atteinte de fièvre typhoïde.

Dans son enfance madame X... a été atteinte d'une rougeole et d'une attaque de « convulsions » à l'âge de 6 ans (aucun renseignement d'ailleurs sur les causes ou les suites connues de cette attaque de convulsions.

Père de madame X..., mort à 58 ans, artério-scléreux.

La mère de madame X... a eu elle-même onze enfants, elle était elle aussi atteinte de la même malformation linguale « la langue dite scrotale ».

Aucun stigmate d'hérédo-syphilis ne peut être relevé chez madame X..., pas plus que chez aucun de ses onze enfants.

Madame X... n'a jamais présenté de faiblesse ni déviation de la taille, thorax et bassin normaux.

Trois de ses filles ont eu un léger degré de scoliose, une autre (la dixième) a eu des végétations adénoïdes opérées (peut-être y en a-t-il eu d'autres méconnues parmi les aînées actuellement adultes ?)

La voûte palatine de madame X... est normale, sa vue présente un léger degré de presbytie, ouïe normale.

Une sœur de madame X..., âgée de 55 ans présente une raideur de la hanche consécutive à une coxalgie de l'enfance.

Plusieurs frères atteints d'hydarthrose du genou.

Elle même d'une bonne santé habituelle, a présenté des manifestations nombreuses d'arthritisme, coliques hépatiques à plusieurs reprises, poussées d'eczéma.

Sa langue est un peu chargée le sillon médiam plus accusé que normalement est entrecoupé par une série d'autres sillons latéraux et quelques sillons secondaires obliques. Un certain degré d'exagération papillaire, langue rouge foncé, pas de salivation anormale, pas d'induration de la langue, aucune douleur, aucune trace de leucoplasie ni de glossite exfoliatrice marginée. En un mot, elle présente une langue plicaturée typique. Si on l'interroge elle affirme l'avoir toujours eue.

La disposition des sillons peut rentrer plutôt dans le type que nous avons décrit sous le nom de foliacé. Les sillons sont très profonds et ils apparaissent très nettement si on prend bien la peine de déplisser la langue.

Enfin on ne note aucun trouble de la sensibilité linguale.

Observation II

(personnelle)

Madame R..., âgée de 28 ans, fille de madame X... (Nous ne citerons donc que les antécédents collatéraux et paternels).

Père arthritique, a eu des coliques néphrétiques à plusieurs reprises ; d'une bonne santé en dehors de ces accidents.

Dix sœurs sont bien portantes ; sa sœur aînée a une langue dite scrotale et, en outre, laryngite chronique, mauvaise vue et mauvaise dentition.

La sœur jumelle de notre malade présente la même malformation linguale, entend mal d'une oreille.

Déformations dentaires à peine marquées, incisives et canines moins développées à gauche.

Elle est mariée depuis cinq ans, a deux enfants bien portants.

Madame R..., née à terme, nourrie au sein, a marché de bonne heure; pas de convulsions.

Rougeole à 5 ans.

A l'âge de 10 ans, à la suite d'une contusion, épanchement dans le genou nécessitant une immobilisation d'un mois; depuis, manifestations douloureuses avec hydarthrose dans ce même genou.

Voûte palatine légèrement ogivale.

Pas d'autres déformations osseuses, vue et ouïe normales.

Système nerveux peu excitable; envies fréquentes de sommeiller; réflexes normaux.

Aucune manifestation dermatologiques.

Aucun symptôme d'arthritisme, autre que les coliques néphrétiques et les localisations articulaires.

Alopécie précoce peu accentuée et coliques hépatiques.

Son type de langue dite scrotale se rapproche de celui de sa mère et peut rentrer également dans la variété dite foliée ou foliacée.

A 15 ans, maux de tête très violents.

Mariée à 24 ans. Au bout d'un an, douleurs rhumatismales dans le genou antérieurement atteint, avec épanchement, appareil silicaté pendant un mois, massages consécutifs, retour *ad integrum* douleurs également dans l'épaule et le poignet droit. Au bout d'un an et demi, grossesse, accouchement à terme d'un enfant très bien constitué, mort 3 jours après des suites de l'accouchement (Souffrance de l'enfant se présentant par le siège).

A l'époque actuelle très bien portante. A toujours eu la langue semblable à celle de sa mère, sans jamais en avoir éprouvé ni gêne, ni douleur.

La langue est parcourue par un grand nombre de sillons parallèles, déchiquetant les bords de cet organe, sillon médian très marqué, hypertrophie très notable des papilles donnant à la langue un aspect râpeux. Les bords de la langue portent nettement l'empreinte des arcades dentaires.

Dentition à peu près normale, sauf cependant un peu d'élargissement des incisives supérieures et un peu d'atrophie des canines supérieures surtout accentuée à gauche.

Observation III

(personnelle)

Madame Y..., 28 ans, sœur jumelle de madame R..., dont nous reproduisons l'observation (obs. II).

(Pour les antécédents se rapporter aux deux autres observations).

Elle même d'une bonne santé habituelle ne présentent que quelques déformations dentaires peu accusées ; atrophie cuspidienne. Stries.

Mariée. Jamais de fausses-couches. Deux enfants vivants et bien portants.

Manifestations arthritiques, également arthrites passagères du genou.

Présente une langue analogue à celle de sa mère et de ses deux sœurs. Les sillons secondaires étant cependant moins profonds. Moins d'hypertrophie papillaire.

Mais, comme les autres, aucun trouble de la sensibilité, pas d'exagération de la salivation.

Pas de leucoplasie. Pas d'érosions des sillons et la muqueuse linguale tout à fait saine, gardant sur les bords aussi l'empreinte des dents.

PLANCHE II

FIG. III.
(Observation n° 1)

FIG. IV.
Langues plicaturées symétriques avec hypertrophie papillaire
(Observation n° 2)

En résumé, langue dite scrotale de la même catégorie que celle de sa mère et de ses deux sœurs.

(Ces trois observations sont relatées dans les *Annales de Dermatologie* de février 1905).

Observation IV

(personnelle)

P.., garçon de 13 ans 1/2, qu'il nous a été donné d'examiner à la consultation de l'hôpital St-Louis, en août 1904.

Grands-parents paternels et maternels morts ; le grand-père paternel alcoolique et soupçonné de syphilis.

Parents vivants ; mère très bien portante a eu 5 enfants : trois vivants et bien portants, deux autres morts, l'un présentant des stigmates de rachitisme, l'autre mort de diarrhée infantile.

Le sujet, né à terme, est bien conformé ; il a marché entre 13 et 16 mois, a parlé très tard en bégayant ; il présente encore cette infirmité.

Sensibilité excessive de l'épiderme, dermographisme, manifestations certaines d'arthritisme très fréquentes.

Nourri au sein, jamais de maladie grave : bronchites et coryzas tous les hivers.

Tempérament nerveux très excitable. Squelette d'apparence normale, sauf thorax un peu bombé, voûte palatine légèrement ogivale. Incisives un peu élargies, crénelées, pas de stries.

Face un peu projetée en avant.

Périmètre thoracique de petite dimension. En résumé, plusieurs symptômes de retard ou de trouble dans le développement.

Enfin, le sujet présente de naissance une langue « bizarre », pour employer le terme de ses parents ; sa mère nous dit

l'avoir remarqué déjà au moment où elle le nourrissait, elle s'en est souvent tourmentée bien que l'enfant n'en ait jamais souffert. Actuellement la langue est rouge grenat, présentant des sillons assez marqués avec les bords taillés à pic, disposés assez obliquement sur les côtés, exagération papillaire très marquée, muqueuse linguale absolument saine, pas d'exagération de la salivation.

La langue est un peu aplatie et chargée, gardant sur les bords l'empreinte des dents. Sensibilité un peu plus grande au contact des épices et des aliments ou boissons chaudes. Pas de ganglions, pas de léucoplasie ni d'autres lésions linguales compliquant cet état congenital. Ce type est intermédiaire au type foliacé et au type cérébriforme.

Observation V.

(personnelle)

M. X.., 24 ans et demi, observé par nous en septembre 1904.

A.H. Père mort à 43 ans, médecin, aurait eu, étant étudiant à Paris, des hémoptysies pour lesquelles on lui aurait conseillé la campagne, Il serait mort, d'après les renseignements recueillis, d'accidents cérébraux, méningite tuberculeuse peut-être ou syphilis ? Mère vivante, très bien portante, jamais de fausses couches ; 2 garçons bien portants.

Un frère du sujet, plus âgé de 2 ans, est très bien portant, ne présentant aucun stigmate d'hérédo ; calvitie arthritique précoce.

Son frère, le sujet que nous avons examiné : né à terme bien conformé, nourri au sein, a marché à 16 mois, coqueluche étant enfant, santé plutôt délicate, végétations anédoïdes qu'on lui a opéré à l'âge de 19 ans. Depuis cet âge, tempérament nerveux, très excitable. A la suite d'une grande fatigue nerveuse et physique, hyperchlorhydie accentuée avec phospha-

PLANCHE III

FIG. V.
(Observation n°3)

FIG. VI
(Observation n° 5)

turie intense. Amaigrissement progressif et rapide atteignant neuf kilogs.

A peu près à la même époque, en février 1903, apparition d'une plaque de pelade dans la région frontale droite, puis multiplication rapide avec propagation à la barbe, à la poitrine, même à la jambe où le malade constate l'existence d'une plaque d'une largeur d'une pièce de cent sous.

A l'époque actuelle, toutes les plaques sont guéries ou presque, sauf une plaque occipitale qui, cependant, est en voie de guérison. Le docteur Sabouréaud, pensant à la spécificité, lui a donné pendant un mois du lipiodol, d'ailleurs sans amener d'amélioration nette.

Mais arrivons à la particularité qui nous intéresse et qu'il a toujours présentée ; elle consiste dans une langue plicaturée dite scrotale du type folié tout à fait caractéristique (voir la planche n° III, d'après une photo prise au laboratoire du professeur Gaucher, à St-Louis). La langue est élargie et sillonnée par un grand nombre de rigoles orientées dans tous les sens, ou plutôt disposées comme les nervures d'une feuille greffées sur le sillon médian simulant la nervure principale. Les sillons ont leurs bords taillés à pic. Il y a un peu d'hypertrophie papillaire ; la langue est recouverte d'un enduit saburral assez marqué.

La langue est élargie et très étalée.

Le malade est très fumeur et, souvent le matin à son réveil, il éprouve une légère brûlure et des picottements. Il évite les épices qui lui sont désagréables.

Il n'y a pas de glossodynie proprement dite, pas plus que d'exagération de la salivation. Le malade, au contraire, respirant difficilement par le nez, surtout la nuit, a toujours une sécheresse assez marquée de la langue et du pharynx.

L'examen du rhinopharynx révèle d'ailleurs l'existence de granulations nombreuses avec hypertrophie du cornet moyen gauche.

Voûte palatine ogivale.

Déformations dentaires nombreuses, dents de la mâchoire supérieure crénelées, première et seconde incisive présentant une crénelure plus accentuée avec même, pour la seconde incisive droite, un arrêt de développement.

Le reste de l'organisme de ce jeune homme paraît sain, à part une légère exagération des réflexes rotuliens. L'œil est normal.

Système pileux très développé.

Poumons et cœur normaux.

Observation VI

Observation recueillie dans le service du professeur Gaucher, à l'hôpital St-Louis et qui sera publiée complètement par lui et le docteur Milian, dans les Annales de Dermatologie du mois de mars 1905.

Le malade observé par nous est dans le service depuis le 13 décembre 1894. Salle St-Louis, lit n° 22.

Il présente une kératose plantaire et palmaire symétrique congénitale.

Son père est mort à 40 ans on ne sait pas de quoi.

Mère est vivante, bien portante, a 65 ans et marche difficilement. Aucune difformité. A eu quatre enfants à terme, tous bien portants et ne présentant aucune malformation.

Le quatrième est le malade observé par nous.

Variole à 20 ans ; étant enfant, diarrhée fréquente mais, en dehors de cela, bonne santé habituelle. A trois mois, apparition des accidents d'érithrodermie et de kératose plantaire et palmaire.

Le malade présente en outre une alopécie congénitale du cuir chevelu et de la barbe, et en même temps une série de petites tumeurs cystiques sur le sommet de la tête.

Nous renvoyons pour les détails complémentaires à l'obser-

vation complète. Ce qui nous intéresse, c'est l'existence chez ce malade d'une langue plicaturée congénitale dite scrotale. En voici la description rapide :

La langue est aplatie et étalée plus que de coutume, elle est d'un rouge grenat avec une légère humidité à sa surface, pas d'enduit saburral ni d'hypertrophie papillaire si ce n'est au bord des sillons.

La face dorsale de l'organe est parcourue par un sillon médian assez accentué dont les bords sont très anfractueux. A ce sillon en aboutissent un certain nombre d'autres qui viennent des bords de la langue. Ceux-ci sont plus ou moins obliques et surtout très sinueux. En un mot, nous sommes en présence d'une langue scrotale type à variété cérébriforme.

En outre on constate sur le sillon médian une légère traînée de leucoplasie, et sur la face interne des joues deux grandes bandes blanchâtres allant jusqu'aux commissures labiales, autres localisations de la même affection.

Les lèvres sont fissurées assez profondément, elles sont eversées, sèches et croûteuses.

Il n'y a pas de trouble du goût, mais la sensibilité tactile est très exagérée.

Enfin le malade est un Breton, et son état mental n'a pas atteint un degré de développement excessif.

Observation VII

(personnelle)

(*Observation recueillie par nous ; consultation hôpital St-Louis*)

Jeanne G..., âgée de 24 ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis pour des manifestations multiples d'eczéma.

Grand-père eczémateux mais bien portant, grand-mère morte à 59 ans d'une maladie de cœur.

Père mort à 56 ans par accident. Mère vivante bien por-

tante : jamais de fausses couches, a eu quatre enfants dont trois vivants et bien portants et un mort à 10 jours par accident.

Notre malade observée est née à huit mois, bien conformée, élevée au sein par sa mère ; a marché assez tard : 2 ans 1/2. Rougeole à 9 ans, à l'âge de dix ans, eczéma du tronc et des bras.

Réglée à 13 ans, très régulièrement ; depuis, rien d'anormal.

Actuellement, cette jeune fille paraît peu développée au point de vue physique et au point de vue intellectuel. La face est symétrique, sauf un léger degré de strabisme à gauche, une saillie anormale des globes oculaires, et un peu de myopie ; pas de déformations osseuses, sauf un peu d'ogivité du palais. Très mauvais état dentaire, stries et crénelures des dents qui ne sont pas malades.

Enfin la langue plus rouge que normalement, quoique à peine augmentée de volume, présente surtout un sillon médian assez profond allant de la pointe à la base de la langue. Quelques autres petits sillons déchiquètent un peu les bords de l'organe. En somme, il s'agit dans ce cas de ce que nous appellerons le premier stade de la langue plicaturée congénitale.

La malade dit avoir toujours eu la langue ainsi malformée. Jamais elle n'en a éprouvé de gêne ni de douleur, sauf un peu de sensibilité à la chaleur, aux irritants, aux épices.

Nous ne relevons aucune autre dystrophie chez cette malade. Disons seulement qu'elle présente très fréquemment des manifestations d'eczéma et des gerçures labiales.

Observation VII bis

(personnelle)

Quelques renseignements incomplets sur un cas de langue scrotale typique chez une jeune Brésilienne âgée de 23 ans.

Aucun antécédent spécifique, connu, cette dame qu'il ne nous a pas été donné de revoir avait en plus de sa malformation linguale un degré excessif de myopie.

On ne notait rien de particulier, d'une bonne santé habituelle ; elle est mariée, n'a jamais fait de fausse-couche, et a un enfant âgé de 2 ans 1/2 venu à terme et très bien portant.

Elle a toujours eu sa langue ainsi mal formée elle n'en souffre d'aillèurs nullement, il y a une hypertrophie papillaire très marquée, et les sillons, très profonds, ont les bords taillés à pic.

Observation VIII

(*Observation inédite que nous a communiquée Le Dr Lemonnier de Flers*),

Madame X..., âgée de 37 ans née d'un père mort à 60 ans d'une maladie de cœur, cet homme na jamais été alcoolique.

La mère morte d'accidents de puerpéralité à son second enfant, jamais de fausse couche, jouissait d'une bonne santé habituellement mais présentait « *une langue semblable à celle de sa fille* ».

Le frère de Madame X.., est rhumatisant et atteint de néphrite d'origine saturnine très problablement. Elevée au biberon. Madame X..., a eu dans son enfance de l'impétigo, une rougeole et la coqueluche. Le Dr Lemonnier n'a constaté chez elle ni névrose, ni alcoolisme, ni tuberculose, ni syphilis, ni stigmates d'hérédo-syphilis.

Réglée à 15 ans, mariée et mère de deux enfants dont l'un

a très souvent des poussées d'urticaire et d'eczéma inpétigineux de la face, la langue de ses enfants est normale. La langue de Madame X..., est parcourue par un grand nombre de sillons assez profonds, les bords de ces sillons sont plutôt mousses la langue est rouge et lisse, et par places comme dépapillée.

On note en plus des lésions de glossite exfoliatrice marginée caractérisées, par un liseré passant transversalement presque d'un bord à l'autre en avant du V lingual, et par des petites circinations siègeant des deux côtés, et à concavités tournées vers les bords.

Le Dr=Lemonnier ajoute : ce qui me frappe, c'est que du côté de la convexité des lisières comme du côté de la concavité, les papilles filiformes ont disparu et la langue est uniformément rouge. La gaine épithéliale des petites papilles a disparu partout ce que j'ai constaté plusieurs fois sur les langues scrotales que j'ai vues. Les papilles du liseré paraîssant alors allongées et leur teinte est blanc jaunâtre analogue à celle d'un état saburral. La malade se rappelle avoir toujours eu la langue dans cet état, les liserés cependant semblent gagner vers le milieu de la langue.

Pas le moindre symptôme de douleur ni d'exagération de la sensibilité.

Observation IX
(personnelle)

(*Observation recueillie à la consultation de l'hôpital St-Louis*).

Marie X..., vient à la consultation de l'hôpital St-Louis, le 22 février 1904, pour des boutons qu'elle a à la vulve. Il existe un œdème énorme de la grande lèvre droite et à la partie inférieure de celle-ci un chancre syphilitique grand comme

une pièce de deux francs, adénite inguinale droite satellite absolument typique ainsi que le chancre. De plus syphilides papulo-érosives tout autour de la vulve et roséole sur les flancs et le thorax.

En examinant la bouche l'attention est attirée sur la langue où on trouve des lésions localisées, elles siègent particulièrement sur les bords de cette dernière surtout à droite.

Ces lésions sont constituées par des plaques déchiquetées limitées par un bourrelet jaunâtre légèrement saillant, le bourrelet est quelquefois annulaire, parfois semi-circulaire ou polycyclique. Ces plaques qui n'ont nullement l'aspect des syphilides secondaires sont de la glossite exfoliatrice marginée ; du reste la malade nous dit qu'elle les présente depuis son enfance.

D'autre part la langue à tous les caractères de la langue dite scrotale. Des bords de l'organe on voit partir des sillons qui en gagnant plus ou moins obliquement la partie médiane, la fragmentent en lobules de dimensions variables. Certains de ces sillons sont très profonds. Les papilles linguales sont partout saillantes et de volume très exagéré. Cette disposition de la langue nous dit la malade serait de naissance c'est-à-dire congénitale.

Du reste nulle part on ne trouve de sclérose de la muqueuse linguale qui est partout souple et de consistance normale. Il n'y a nulle part de lésions de leucoplasie.

Aucun stigmate d'hérédo-syphilis, et rien dans ses antécédents qui puisse y faire penser, plusieurs frères et sœurs bien portants. Père inconnu. Mère encore vivante ; n'a jamais fait de fausse couche, bien portante habituellement elle est cependant rhumatisante.

Observation X

(Janvier 1905)

(Observation communiquée par le Professeur Fournier langue dite scrotale ; glossite exfoliatrice marginée et plaque de glossite secondaire dépapillante).

Aucun antécédent pathologique pouvant faire penser à des dystrophies spécifiques.

Le malade affecté d'un chancre labial contracté avec une femme ayant elle aussi un chancre au même endroit. Traitement peu suivi. On constate seulement quelques plaques muqueuses buccales à répétition.

Non fumeur le sujet a depuis 10 ans de la glossite exfoliante marginée qu'il présente encore à l'heure actuelle. On note en effet une série de sillons avec le liseré blanc caractéristique très accentué, plaques toujours curviliques rarement en anneaux, très souvent en demi-anneau. Il présente en outre de chaque côté de la langue un sillonnement symétrique très net ; mais les sillons sont plus profonds et plus accentués à droite qu'à gauche. Au niveau de ces sillons enfin, plaques muqueuses érosives multiples cautérisées plusieurs fois. Le Professeur Fournier pense bien qu'il s'agit d'un cas de langue dite scrotale, compliquée de glossite marginée et de vérole, d'autant plus qu'il y a auprès du V lingual une plaque de glossite dépapillante très nette.

Observation XI

(personnelle)

(Observation recueillie à la consultation de l'hôpital Saint-Louis Langue dite scrotale et syphilis acquise).

R M..., 35 ans, charretier.

Père et mère vivants et bien portants ; 2 garçons 2 filles

un père de 32 ans opéré d'une tumeur blanche de l'épaule tousse un peu. Tous les enfants ont un léger degré de scoliose.

Père pas alcoolique, mère non plus. Tous enfants venus à terme, jamais de fausse couche.

Le sujet a marché de très bonne heure, étant enfant crises de convulsions, rhumes de cerveau très tenaces. A 10 ans attrape une plaque de tricophytie que lui a laissé une alopécie cicatricielle derrière l'oreille droite.

Marié à 27 ans, pas d'enfants, femme morte de tuberculose cinq ans après, pas de fausse couche.

Le sujet prend la syphilis en 1904, chancre sillon balano-préputial, pas de roséole, pas d'accidents secondaires.

En examinant sa gorge l'attention est attirée par sa langue qui présente tous les caractères d'une langue scrotale.

Observation XII

(personnelle)

(Observation recueillie à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Langue dite scrotale, peu accentuée chez un vieillard, août 1904).

M. P..., 62 ans, rien dans les antécédents familiaux.

Lui-même n'a jamais fait aucune maladie aucun stigmate hérédo-syphilitique.

On ne relève aucune malformation si ce n'est une langue anormale ; et cette découverte est comme une révélation pour le malade. La langue un peu élargie présente un certain nombre de sillons dirigés un peu dans tous les sens donnant à l'organe un aspect tout particulier rentrant dans le type dit cérébriforme que nous avons décrit. Les sillons sont à bords arrondis, ils sont peu profonds. La muqueuse linguale est absolument souple. Pas de ganglions, pas de leucoplasie. Le malade, très fumeur, ne souffre nullement de sa langue qui

n'est influencée ni par le froid ni par le chaud ni par les irriants (alcool, épices).

Observation XIII

(Observation d'un malade du service du Professeur Gaucher. Salle Saint-Louis, lit. 35. Langue scrotale chez un vieillard).

M. B..., 51 ans, entré à l'hôpital le 20 août 1904, pour zona localisé au 1er et deuxième espace intercostal et à l'épaule, douleurs rhumatismales. Rien dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Le malade a marché à 16 mois, aucune maladie d'enfant a toujours eu la langue « toute sillonnée par des rigolles ». Sans en avoir jamais éprouvé de douleur.

On ne constate pas la moindre hypertrophie de l'organe, les papilles ne sont pas du tout saillantes, la langue paraît plutôt lisse et à peine humide. Aucune trace de leucoplasie. Sur les bords de la langue l'empreinte des dents reste marquée.

Au premier abord on pourrait croire que les sillons ne sont pas profonds c'est une erreur si on prend soin de déplisser la langue, on voit quelle présente bien le type de la langue dite scrotale d'une façon très accusée. Par la moindre induration n'existe dans la langue.

Dans le reste de l'examen du malade on ne note rien de particulier, si ce n'est, l'absence ou la disparition précoce des dents, des cicatrices d'acné nécrotique au niveau des ailes du nez. Une calvitie très précoce. Le malade questionné nous dit avoir souvent des manifestations cutanés d'arthritisme, avec des douleurs articulaires.

Observation XIV

(Observation communiquée par le Dr Barthelémy).

Jeune fille de 27 ans, son père âgé de 80 ans a eu la syphilis soigné pendant quatre ans par Ricord. Il se marie ensuite, sa femme, a trois enfants morts-nés. La quatrième, la malade présente une langue dite scrotale caractéristique.

Dents détestables, dystrophiées, cassées.

Lèvres épaisses, gercées desquammées toujours pelées. Gencives irrégulières tuméfiées.

Végétations adénoïdes.

Front absolument caractéristique.

Intelligente mais névropathe, délicate, débile, maigre souffreteuse, teint terreux presque ridée, cheveux rares.

Mal réglée, organes génitaux paraissant atrophiés.

En un mot présentant un ensemble de stigmates permettant d'en faire une hérédo.

Observation XV

(Observation communiquée par le Dr Barthelémy).

Mademoiselle X..., âgée de 15 ans présentant une langue scrotale typique.

Syphilis ignorée et non traitée chez le père, qui huit ans après la naissance de cette fille, fait une gomme cérébrale. Il aurait eu a 20 ans, c'est à-dire 10 ans avant son mariage une écorchure au gland, aucun traitement.

2 enfants venus à terme, l'aînée très difficile a élever morte à 14 ans d'accidents de méningite.

La deuxième fille qui a une langue scrotale a eu en même temps des fissures qui ont disparu par le traitement spécifique.

Cette jeune fille, qui a 15 ans, a le front, le nez, les dents d'une hérédo. Elle est développée incomplètement, et pré-

sente des déviations vertébrales et thoraciques attribuées au rachitisme.

Je crois dit le Dr Barthelémy pouvoir affirmer que je suis en présence d'une syphilis héréditaire d'ailleurs le traitement bien toléré a amené de grandes améliorations.

Observation XVI

(*Communiquée par le Dr Barthélemy*)

Madame R..., à Lourcine, atteinte de syphilis acquise.

Langue scrotale congénitale très accentuée avec sillons profonds. Localisations secondaires linguales. Récidives-incessantes pendant plus de 15 ans de plaques muqueuses erosives et papulo-erosives.

La langue était en plus couverte de lésions serpigneuses saillantes mobiles grisâtres de glossite marginée.

La malade a eu une série d'enfants mort nés. Elle est morte à l'hôpital Cochin de syphilis hépatique et péritonéale.

Observation XVI *bis*

(*Observation communiquée par le Dr Barthélemy*)

Garçon de 7 ans, type parfait d'hérédo, père mort paralytique général.

Langue scrotale tout à fait nette encadrée de dystrophies multiples.

Déformation du nez aplati à la base. Kératite interstitielle. Front olympien. Ecoulement d'oreille.

Dents d'Hutchinson.

Narines végétantes, crouteuses, fétides. Intelligence niaise, peu développée.

Observation XVII

(décembre 1904)

(*Communiquée par le Dr Julien de l'infirmerie St-Lazare*)

Mademoiselle X..., âgée de 22 ans, entre à l'infirmerie St-Lazare.

Grande fille, bonne constitution, voûte du palais normale dents normales et en très bon état.

Aucun antécédent pathologique héréditaire soignée dans le service du Docteur Julien pour la syphilis qu'elle a contracté récemment. En examinant sa langue on est étonné de la disposition qu'elle présente :

Sillon longitudinal et médian assez profond la langue même déplissée présente encore ce sillon. L'extrémité inférieure de ce sillon aboutit à un groupe de petites fissures.

Lorsqu'on étale un peu la langue on met en évidence une série de sillons latéraux absolument symétriques rappelant un peu les nervures d'une feuille on en compte dix de chaque côté quelques uns vont directement au sillon central sur lequel ils déterminent une petite incisure. D'autres sont interrompus 1, 2 ou 3 fois dans leur trajet, mais c'est toujours aux bords que leur fond parait le plus déprimé.

Sur la partie antérieure et près du groupe antérieurement signalé on voit quelques papilles hypertrophiées et terminées par une extrémité allongée comme un fil.

Il ne semble pas que les sensations gustatives soient très développées. La malade arrive à distinguer le sucre du sel mais pas très rapidement et parfois elle les confond.

Au toucher et à la piqûre pas de trouble notable.

En arrière de l'extrémité postérieure du sillon médian, plaque blanchâtre ayant un aspect leucoplasiforme.

Observation XVIII

(*Communiquée par le Dr Julien*)

M. X..., peintre âgé de 64 ans, aucun antécédent d'hérédité spécifique, d'une constitution robuste, né à terme ne présente aucun stigmate d'héredo-syphilis cependant déformation arquée des tibias (Genu varum double). Très arthritique, poussées d'eczéma, fréquentes prend la syphilis à 20 ans la soigne d'une façon médiocre.

Vers l'âge de 36 ans, gomme du nez dont l'évolution fort heureusement fut enrayée par un traitement intensif immédiat mais il persiste cependant une cicatrice déprimée au niveau du lobule du nez.

Dix ans plus tard à l'âge de 46 ans il fut atteint d'un diabète qui malgré le traitement ne se modifie guère.

Dentition mauvaise avec dépot de tartre ayant amené une destruction des gencives, et qui n'a été enrayée que par un nettoyage complet par un dentiste.

Enfin voici le fait intéressant.

La langue a présenté toujours depuis sa naissance une anomalie particulière on constate une série de plicatures sur sa face dorsale. Ces plicatures profondes séparent des îlots rougeâtres de muqueuse saine. Cette muqueuse normale paraît lisse dans la profondeur des sillons, pas d'hypertrophie papillaire. Ce qui est remarquable c'est que le malade peut étaler ou reserrer sa langue à volonté de façon à lui donner une largeur extraordinaire.

Les sensations gustatives sont du reste tout à fait normales. Le malade sait qu'il a toujours eu une langue semblable et est le premier a en prévenir le médecin. Il considère cette bizarrerie comme ne présentant aucune importance car, dit-il, ni le tabac ni les épices ne font éprouver de sensations pénibles.

Le Dr Julien ajoute : la langue présente à s'y méprendre l'aspect du cerveau d'un petit animal, on pourrait l'appeler « langue cérébrale ».

Observation XIX.

(Communiqué par le Dr Milian, octobre 1904)

M. B., 68 ans.

Père mort d'hémiplégie. Mère, morte maladie de cœur, a fait trois fausses couches, quatre enfants morts en bas âge, quatre vivants, dont le malade. Celui-ci a eu une enfance maladive : gourme, abcès au cou, suite de glandes, taie sur l'œil gauche qui l'a exempté du service militaire et a duré 2 ou 3 ans ; il allait trois fois par semaine se faire cautériser les yeux.

A marché très tard, n'a pu manger de la viande qu'à l'âge de 8 ans.

Aujourd'hui : langue scrotale a un faible degré datant de sa naissance et ne faisant pas souffrir le malade.

Altérations dentaires : Erosions ponctuées sur les incisives supérieures et inférieures, les deux incisives latérales supérieures naines, atrophie cuspidienne des canines supérieures et inférieures.

A eu deux chancres à la verge pendant un séjour en Russie, en 1860, pas de traitement suivi.

En 1862, chancre bubon suppuré de l'aine droite, durée un mois, pas d'accidents cutanés ni muqueux.

Rien au cœur, mais aorte clangoreuse.

Angiomes multiples de la peau.

En somme, langue scrotale peu volumineuse, nette pourtant, avec altérations dentaires. Hérédo-syphilis probable ainsi que syphilis acquise.

Observation XX.

(*Recueillie dans le service du Dr de Beurmann, septembre 1903 le Dr Milian faisant le service*).

M. B..., charretier, 27 ans, entre dans la salle Hillairet, lit nº 10.

Pas d'antécédents spécifiques, pas de maladie antérieure à cette acromégalie, qui a débuté il y a quatre ou cinq ans, évoluant très sourdement et pour ainsi dire sans symptômes marqués, sauf depuis deux ans.

A noter prognatisme énorme, les dents de la machoire inférieure projetées à deux centimètres au moins en avant de l'arcade dentaire supérieure.

Les arcades dentaires sont très élargies. La langue a épaissi, dit le sujet ; elle est un peu scrotale, les papilles filiformes et surtout les papilles fongiformes font une notable saillie.

Pas de douleurs ni de troubles de la gustation.

OBSERVATIONS PUBLIÉES ANTÉRIEUREMENT

Observation XXI.

Bloch. *Présentation, Société de stomatologie, décembre 1899.*

Un jeune homme de 20 ans, dont la langue présente des sillons très profonds disposés très régulièrement de part et d'autre de la ligne médiane donnant aux bords de la langue un aspect déchiqueté ; on remarque, en outre, sur les bords l'empreinte des dents. Pas de stigmates d'hérédo. Le sujet a toujours présenté cette disposition de la langue que sa mère attribuait à l'habitude qu'il avait de se la mordiller. (*Revue de stomatologie*, janvier 1905).

Observation XXII.

Rodier *(présentation Société de stomatologie, décembre 1899)*.

Le malade, présenté par le Dr Rodier, offre un cas curieux de la langue dite scrotale. Aucun renseignement complémentaire n'est donné.

Observation XXIII.

(Professeur Gaucher et Dr Milian, 1902)

Jeune fille de 15 ans, présenté à la Société de dermatologie, langue scrotale typique avec macroglossie, gêne de la parole et de la mastication. Après examen complet de la malade et après questionnaire, la syphilis, disent Gaucher et Milian, paraît être la seule cause qu'on puisse invoquer ici ; dystrophies dentaires très nettes.

Observation XXIV.

(Professeur Gaucher et Dr Milian, 1902)

Autre jeune fille de 23 ans, atteinte de langue scrotale typique ; son père a eu la syphilis avant de se marier, mais la jeune fille ne présente aucun stigmate d'hérédo.

La syphilis du père est certaine.

Ces 2 observations sont reproduites dans les Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1902, page 1145.]

Observation XXV.

(*Hasler. Bordeaux, 1903*)

Jeune homme de 19 ans, atteint de macroglossie et langue dite scrotale. Intelligence peu développée ; mentalité laissant à désirer ; accidents de neurasthénie ; diminution très notable des réflexes ; aucun stigmate d'hérédo ni de syphilis acquise. Rien dans les antécédents familiaux.

(*Gazette hebdomadaire des sciences médicales), de Bordeaux, août 1903.*

Observation XXVI.

(*Marco Levi Bianchini. Ferrare, 1903*)

Un homme âgé de 48 ans, d'une constitution normale, aussi bien développé au point de vue physique qu'au point de vue mental ; marié, a eu trois enfants vivants, nés à terme et bien portants. Il n'existe d'hérédité pathologique d'aucun genre dans ses antécédents héréditaires et personnels. Langue scrotale ou cérébriforme typique ; a toujours présenté cette malformation sans jamais en souffrir. A l'âge de 45 ans, modification du caractère, début d'aliénation mentale, crises d'épilepsie. *(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1903.*

Observation XXVII.

(*Chompret et Gastou, 1903*)

Jeune homme de 21 ans, fils de père syphilitique, présente une langue scrotale congénitale et montre une affection rare de la langue et jusqu'alors indéterminée. On propose de l'appeler glossite épithéliale pyogène.

(Bulletin Société de dermatologie, 1902). Moulage Musée de St-Louis, n° 2221.

Observation XXVIII

Newborn-New-York 1903.

Un malade âgé de 21 ans, bonne santé habituelle sans aucun stigmate héréditaire de maladie, pas d'antécédent syphilitique présente une langue crevassée et fissurée de naissance, en outre il a remarqué l'apparition de plaques circuinées avec bourrelet blanchâtre (wandering rash) glossite exfoliatrice marginée. La langue offre une ressemblance frappante avec le scrotum, aucun signe subjectif, ni douleur, ni gêne. Aucun soupçon possible de syphilis acquise (1).

A case of scrotal tongue with wandering rash.

The patient W. R.., 21 years, was a native of Germany, occupation of the waiter. His father had died at the age 41 from « magenschluss ». His mother was living and in good health. Four brothers and one sister, showed no hereditary stigmatic of disease.

The patient is of robust health, giving no veneral history, except that of gonnorrhœa contracted two years ago-which losted eight months. When first seen on June 28 1902, he was alarmed at the appearance of herpes progenitalis and circinate patches on the tongue which he considered specific. He clamed that the furrowed and fissured appearance of the tongue was congenital, but that he had never notice these patches of exfoliation with the circinate whitish margins before the appearance of the small ulcers on the penis. There was nothing in the history, of appearance of the herpetic ulcers to suggest syphilis. At the present

(1) *Journ. cutan dis incl. syphil. New-York 1903 page 324, XXI Newborn (A. D).*

time the tongue presents a deeply fissured appearance giving, its striking ressemblance to the scrotum. Around the lateral margins and specially near the tip are patches denuded of papillae. But not ulcerated which have slighty raised whitish margins. These patches seemed to start in the furrows and spread peripherally over the ridges. There were no subjective symptomes.

CONCLUSIONS

Nous conclurons en disant :

I. — *La langue plicaturée symétrique congénitale* vulgo scrotale est une malformation congénitale.

II. — Elle constitue une véritable dystrophie presque toujours pour ne pas dire toujours associée à d'autres dont les plus fréquentes sont les dystrophies dentaires.

III. — Outre son caractère essentiellement congénital elle est souvent familiale et cela pendant plusieurs générations.

IV. — Elle est indolente à moins qu'elle ne soit compliquée par des localisations linguales pathologiques secondaires.

V. — Elle offre un terrain de moindre résistance tout à fait propice au développement de toutes les infections, la syphilis en particulier pour ne parler que de la plus fréquente.

VI. — Nous ne pensons pas qu'il faille incriminer la syphilis héréditaire comme seule cause si elle entre en jeu dans la pathogénie de cette dystrophie linguale, ce n'est qu'associée à un certain nombre d'autres, l'arthritisme en particulier.

VII. — Il importe de bien connaître cette malfor-

mation linguale afin d'éviter de graves erreurs de diagnostic.

VIII. — Les individus qui en sont porteurs devront plus que tous les autres être très scrupuleux des soins hygiéniques de leur cavité buccale, sous peine de complications infectieuses. Ils devront après chaque repas faire un lavage de leur langue avec une brosse douce et un antiseptique faible, enfin ils devront éviter l'abus du tabac.

Vu :
Le Président de la Thèse,
E. GAUCHER.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

S. Godson. — *Gracked tongue.* « *The Lancet* » *London 1840. tome II. page 859.*

Rigal. — « *Seméiologie de la langue.* » *Dictionnaire de médecine et de chirurgie.* 1875, page 175.

Vidal. — « *Anomalie de la langue consistant dans une exagération des sillons normaux* » *moulage n° 427.* Musée de l'hôpital St Louis 1867.

Lemonnier. — « *De la glossite exfoliatrice marginée, thése* de Paris 1883-page 71.

Butlin. — « *A treatise on the diseases of the tongue.* » London 1885. (Trad. Aigre, page 61).

L. Henry. — « *A peculiar condition of the tongue ressembling, beef steak,* » *Austral. med. Journ.* Melbourne. (mai 1887).

Brocq. — *Traité des maladies de la peau.* Paris, 1892, page 388.

Lang. — *Revue des sociétés savantes. Annales de dermatologie et de syphiligraphie,* 1892, (page 1903).

Professeur C. Partsch. — *In. Stéréoscopisher médicinisher Atlas, Neisser. 9e livraison planche IC et G.* Institut dentaire de Breslau 1895.

Barthélémy. — « *Coup d'œil sur les glossopathies sur quelques unes de leurs formes chroniques, notamment sur la leucoplasie* » in revue de stomatologie, Paris, septembre 1899.

A. Bloch. — « *Langue fissurale* » *discussion Chompret. in revue de stomatologie, séance de la société de stomatologie du 18 décembre 1899.*

Bénard. — Article « *Langue montagneuse, langues plissées, langue scrotale* » in pratique dermatologique, tome II, page 975, Paris, 1901.

Rodier, Cruet, Barthélémy. — *Compte rendu de la séance de la société de stomatologie du 20 novembre 1899, in revue de stomatologie*, 1900, page 37.

Professeur Gaucher et Milian. — « *Langue scrotale chez une hérédo-syphilitique* ». *Annales de la société de dermatologie et de syphiligraphie*, décembre 1902, page 1145.

Newborn. — « *A case of scrotal tongue with wandering rash* » in Journ. of. Cutan. dis. incl. syph. New-York. mai 1903, XXI page 324.

Hasler. — « *Macroglossie avec langue scrotale in Gazette hebd. des sciences médicales* de Bordeaux *9 août* 1903, p. 392.

Marco Levi Bianchini. — « *Langue cérébriforme chez un aliéné épileptique in nouvelle iconographie de la Salpêtrière.* Juillet-Août 1903, page 252.

Gastou et Chompret. — *Glossite épithéliale pustulo miliaire chez un malade présentant une langue scrotale congénitale* ». *Bulletin société de dermatologie* 1903. *Moulage du musée de l'hôpital St-Louis* n° 2221.

Testut et Jacob. — *Anatomie topographique*, Paris 1905, tome I, page 468-469.

Jacobi. — *Correspondance personnelle*, Fribourg 1904.

E. Lane. — *Correspondance personnelle*, London 1904.

Horand. — *Cours inédit de dermatologie* à l'antiquaille. Lyon.